Dr Léon MAIRE
de la Faculté de Paris
Ancien Moniteur à la Clinique d'Accouchement
et de Gynécologie de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux

96

De la conduite à tenir
en présence des
mento-postérieures engagées

PARIS
Henri JOUVE
15, Rue Racine, 15

1897

A MA MERE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PERE

PREFACE

Sur le point de quitter la Faculté de médecine et les Hôpitaux de Paris, nous avons un devoir bien doux à remplir : remercier les maîtres qui ont dirigé nos premiers pas dans la médecine.

M. Aud'houi a été notre premier maître. Nous n'oublierons pas la clarté de son enseignement clinique et l'esprit dont il animait ses causeries au lit du malade. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements.

Que M. Chaput daigne accepter le témoignage de notre reconnaissance pour la bonté avec laquelle il nous a accueilli dans son service.

M. Falret a été pendant dix-huit mois notre maître à la Salpêtrière. Nous lui savons un gré infini de la façon toute paternelle avec laquelle il nous a toujours reçu, et aussi des connaissances en pathologie mentale que nous avons puisées à son enseignement, connaissances si utiles quand il s'agit de prendre la responsabilité du maintien en liberté d'un alié-

né et celle encore plus grande de son internement.

Envoyé par l'Assistance Publique, comme Externe, chez M. Benjamin Anger, nous en avons profité pour suivre le service de M. Théophile Anger. Que cet excellent maître veuille bien accepter tous nos remerciements pour nous avoir si largement ouvert son service.

Nous avons eu la bonne fortune d'assister pendant une année, chaque matin, aux opérations pratiquées par M. Lejars. Il nous a appris l'antisepsie, cela seul lui vaut toute notre reconnaissance. Et si plus tard nos interventions, tant chirurgicales qu'obstétricales, réussissent, c'est à lui que nous le devrons.

M. le professeur Tarnier, à la suite du Concours de 1895, a bien voulu nous choisir comme Moniteur, il a été notre seul maître en accouchements, nous en sommes heureux, et ce nous sera toujours un titre de gloire d'appartenir à son Ecole. Quand il nous arrivera de nous trouver en présence d'une difficulté obstétricale, nous interviendrons toujours comme nous aurons vu M. Tarnier intervenir : nous serons assuré d'avoir fait tout notre devoir et agi au mieux des intérêts de la malade confiée à nos soins.

A M. Démelin nous devons nos connaissances pratiques en accouchements. Nous l'en remercions de tout cœur et le prions de croire que notre souvenir lui restera toujours fidèle.

M. Chantemesse a bien voulu nous accepter dans son laboratoire et nous enseigner la bactériologie. Nous l'en remercions vivement.

Enfin, M. le professeur Cornil nous a toujours conseillé et prêté son appui chaque fois que nous avons eu recours à lui ; il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse; qu'il daigne donc agréer l'hommage de ce travail et l'assurance de notre profond dévouement.

Remercions en terminant M. Dubrisay de la facilité qu'il nous a accordée de faire des recherches dans les registres de la Clinique d'accouchements.

DE LA CONDUITE A TENIR

EN PRÉSENCE

DES MENTO-POSTÉRIEURES

ENGAGÉES

INTRODUCTION

Depuis que l'obstétrique a bénéficié de la méthode antiseptique, les interventions se sont singulièrement multipliées ; forceps au détroit supérieur, basiotripsie, accouchement prématuré, symphiséotomie sont devenues des opérations courantes. Grâce à ces dernières, aidées de l'antisepsie, on a vu la mortalité maternelle, décroître presque brusquement en l'espace de cinq ou six ans ; la mortalité infantile a suivi elle aussi le mouvement mais dans es proportions moindres. Nous nous sommes de-

mandé pourquoi. C'est alors que parmi les motifs qui ont entravé le progrès nous avons remarqué les présentations de la face : et nous nous sommes bien vite aperçu que si la mère avait trouvé avantage aux méthodes nouvelles l'enfant n'en avait retiré aucun, si ce n'est celui d'avoir moins à redouter l'infection par les voies génitales. La raison de cet état stationnaire est bien facile à comprendre : l'enfant qui se présente par la face se trouve dans les mêmes conditions aujourd'hui qu'il y a cent ans : on intervient dans les mêmes cas et au même moment. Le principe de la non intervention systématique dans les présentations de la face, posé la première fois par Portal, repris ensuite par Deleurye cent ans plus tard, est devenu chez nous une règle adoptée par tous, lorsque Mme Lachapelle l'eut faite sienne, prônée et défendue avec énergie, et peut être avec un peu trop de partialité. Or Mme Lachapelle pouvait avoir raison lorsqu'elle disait : n'y touchez pas ; l'intervention, de son temps, était toujours chose grave : on ignorait la désinfection des mains, des instruments et mathématiquement on portait l'infection chaque fois qu'on intervenait. La célèbre sage-femme avait vu très juste en recommandant d'intervenir le plus possible avec les mains : « Je crois que je ferais tout pour aller aux pieds *la tête même fût-elle au bas de l'excavation.* » Les mains donnaient en effet de meilleurs résultats et cela parce que forcément on se les savonnait plusieurs fois par jour, tandis que le forceps pouvait n'avoir pas

servi ou servi à une femme infectée ; on l'essuyait le plus souvent, on le lavait parfois, mais nous ne pensons pas qu'on lui ait fait l'honneur du petit savonnage qui donnait aux mains quelques chances d'innocuité.

Résultat : une mortalité infantile très forte dans les présentations de la face.

Eh bien ! est-il juste de continuer aujourd'hui de s'abstenir? Non ! on doit chercher autre chose et aller de l'avant.

Le travail qui suit est le mode d'intervention que nous proposons pour les mento-postérieures engagées, les plus défavorables de toutes les présentations de la face. Ce mode d'intervention, nous l'avons imaginé, expérimenté, et nous avons indiqué sa possibilité malgré l'avis des accoucheurs contemporains ; et lorsque nous avons voulu compléter ce travail par une étude bibliographique, nous nous sommes aperçu que nos anciens usaient de cette intervention ignorant toutefois pourquoi et comment elle était possible.

AVANT-PROPOS

Résumé du mécanisme NORMAL *de l'accouchement dans les présentations de la face.*

Avec M. Tarnier, nous diviserons en SIX TEMPS le mécanisme NORMAL de l'accouchement dans les présentations de la face.

PREMIER TEMPS. — AMOINDRISSEMENT DES PARTIES. — 1° La tête se défléchit peu à peu, le menton s'éloigne du sternum, l'occiput se rapproche du dos et arrive à s'appliquer contre lui.

2° Le diamètre sous-mento-bregmatique se met en rapport avec un des diamètres obliques du bassin.

DEUXIÈME TEMPS. — ENGAGEMENT. — La tête franchit obliquement le détroit supérieur et descend

dans l'excavation jusqu'à ce que les épaules s'appuient sur les bords de cet orifice.

A ce moment, la région sus-occipitale, plus haute que la ligne bis-acromiale, n'est pas engagée et la tête ne repose pas sur le périnée.

TROISIÈME TEMPS. — ROTATION INTERNE DE LA FACE. — La tête tourne dans l'excavation et le menton vient se mettre en rapport avec la face postérieure du ligament triangulaire.

QUATRIÈME TEMPS. — DÉGAGEMENT. — 1° Le menton s'engage sous le ligament triangulaire, le cou vient se mettre en rapport avec la face postérieure de la symphise et le mouvement de descente s'achève par suite de cette projection en avant du menton, qui déplace dans le sens antérieur le diamètre sous-mento-bregmatique, et crée ainsi, en arrière, un espace libre où trouve place la région occipitale.

2° Un mouvement de bascule ayant pour centre un point sous-mentonnier dégage la tête en la fléchissant pendant que s'engagent les épaules.

CINQUIÈME TEMPS. — ROTATION INTERNE DU TRONC ET EXTERNE DE LA TÊTE. — Les épaules exécutent dans l'excavation un mouvement de rotation : le diamètre bis-acromial, qui était dans la direction d'un des diamètres obliques du bassin, vient se placer dans le plan saggital pendant que la tête exécute au dehors un mouvement de rotation qui porte le menton vers la cuisse droite dans les mento-iliaques droites et vers la cuisse gauche dans les mento-iliaques gauches.

SIXIÈME TEMPS. — DÉGAGEMENT DU TRONC. — L'épaule antérieure se dégage d'abord sous la symphise, puis l'autre épaule franchit la commissure postérieure de la vulve et enfin le reste du tronc se dégage sans difficulté.

CHAPITRE I

Cas où il y a eu dégagement sans rotation interne.

Le mouvement de rotation qui doit amener le menton sous la symphise peut : 1_0 ne pas avoir lieu ; 2_0 être incomplet ; 3_0 se produire en sens inverse sans toutefois aboutir à la mento-pubienne.

Nous ne nous occuperons que des cas où le menton reste en-deçà des positions transversales. Le travail régulier est alors interrompu. Voyons quelles sont les ressources de la nature lorsqu'elle termine spontanément l'accouchement, et examinons les cas où des accoucheurs ont imité la nature.

I. — *Conversion spontanée de la face en sommet.*

A. — La première en date des observations de conversion spontanée appartient selon nous à Smel-

lie. « En 1748, je fus appelé au secours d'une femme en travail d'enfant par une Sage-femme, qui me dit qu'elle trouvait la fontanelle au-dessous des os *pubis*..... ayant cherché en cet endroit la suture lambdoïde avec mon doigt, je reconnus distinctement la face et le menton plus en arrière contre le coccyx. Deux douleurs de plus firent avancer la face et le front au point de chasser devant euxles parties postérieures en forme de grosse tumeur ; le périnée et le fondement s'allongèrent considérablement, le *vertex* et l'occiput se dégagèrent en-dessous les os *pubis*, ensuite le front et la face se dégagèrent du périnée que j'eus la précaution de soutenir avec la main parce qu'il était fort aminci. Par ce moyen cette femme se trouva délivrée d'un petit enfant ; elle avait le bassin large et elle accouchait pour l'ordinaire très promptement (1) ».

Smellie ne dit pas que la face était engagée, mais les détails de son observation nous le prouvent :

a) Il a trouvé la face « en dessous les os pubis».

b) « Je reconnus distinctement.... le menton plus en arrière contre le coccix .»

Or, Smellie est suffisamment précis dans ses observations pour que nous puissions être assuré que la symphise mentonnière se trouvait, chez sa malade : 1° plus basse que le sacrum ; 2° sur un côté du

1. Smellie. *Traité de la théorie et pratique des accouchements*. Traduit par de Préville. Paris 1754-1756. Tome II. (Observations sur les accouchements). p. 327.

coccyx ; ce qui nous permet de penser qu'il avait affaire à une M I P profondément engagée.

D'autre part, la projection du périnée en avant sous « forme de grosse tumeur » coïncidant avec le dégagement du vertex et de l'occiput semblent indiquer que le menton prit son point d'appui en-dessous du grand ligament sacro-sciatique, sans quoi (nos expériences nous permettent de l'affirmer), la mutation et le dégagement auraient formé deux temps nettement séparés. Toutefois, les accoucheurs qui n'admettent pas la possibilité de ce mouvement de bascule pour un accouchement où fœtus et excavation sont de dimensions normales, nous objecterons que Smellie dit que l'enfant était petit. A cela nous répondrons que Smellie emploie couramment le terme de « petit enfant » et que, pour lui, il ne semble pas avoir plus de signification quantitative que quand nous disons un petit garçon, une petite fille, en parlant d'un enfant qui peut être très normalement constitué. Telle est également l'opinion de Guillemot (1).

« Elle avait le bassin large », ajoute-t-il. Admettons-le, mais pensons que Smellie, résolu partisan de la rotation par le forceps dans les mento-postérieures, s'est trouvé en présence d'un cas dont la terminaison ne répondait pas à celle qu'il prévoyait et voyait constamment, un cas qui s'est terminé seul,

1. P. Guillemot. *Remarques sur l'accouchement par la face. Archives générales de Médecine.* Paris 1834. 2e série. Tome VI, p. 508.

alors qu'à l'époque où il vivait, on considérait l'accouchement par la face comme un sujet de dystocie nécessitant toujours l'intervention de l'accoucheur, et qu'il a peut-être pratiqué à la suite de cet accouchement le toucher mensurateur avec une idée préconçue, car le bassin justo-major est d'une extrême rareté.

B. — Voici, maintenant une seconde observation due à Madame Lachapelle.

« Le 20 prairial, an II, les élèves de service à la salle d'accouchements vinrent m'avertir qu'une femme, nommée Cath. K..., qui était depuis dix heures en travail, en restait toujours au même point, et que la tête, enfoncée dans l'excavation, ne faisait aucun progrès. Voici l'état dans lequel je trouvai les choses : la fontanelle antérieure occupait le centre de l'excavation ; la suture sagittale en partait pour se diriger vers le bord gauche du détroit supérieur ; là devait se trouver la fontanelle postérieure ; le front était à droite : c'était donc une position transversale (5e) du vertex inclinée vers le dos. C'est souvent par là que commencent les présentations de la face, c'est le premier degré des positions secondaires. Ce qui avait trompé les élèves, c'est que le pariétal droit répondait à l'arcade pubienne, et que l'oreille était derrière la symphise. Cela n'a rien d'étonnant puisque la tête était descendue dans l'excavation. C. K... avait déjà eu des enfans, et elle ne se croyait grosse que de huit mois et demi. Les dou-

leurs étaient bonnes, quoique les membranes fussent depuis long-temps rompues: j'espérai que la nature suffirait seule à l'expulsion du fœtus. Je fis mettre la femme en travers sur le bord du lit, et en comprimant le bord du périnée, j'accrus et j'activai les douleurs. Le front se tourna bientôt en arrière et fit saillir le périnée. L'occiput ne s'était pas d'abord complètement enfoncé dans l'arcade ; dès qu'il s'y fut avancé le front se trouva dégagé du périnée, et l'enfant naquit. Des cris redoublés attestèrent sur le champ sa vigueur: il pesait cinq livres. Une tumeur sanguine considérable couvrait la tempe droite et la partie voisine du pariétal jusque vers la fontanelle antérieure. On en conçoit les causes sans que j'y insiste d'avantage.

La tête ainsi placée présentait à l'excavation son diamètre occipito-frontal, tandis qu'elle ne doit y offrir qu'un diamètre voisin du sphéno-bregmatique; mais la femme avait eu des enfants et le bassin était large ; par conséquent les passages étaient assez libres, ils ont pu donner issue, quoique avec un peu de difficulté, à la tête mal dirigée » (1).

Nous devons dire tout d'abord que Madame Lachapelle ne donne pas son observation comme exemple de mutation d'une face en sommet. La célèbre Sage-femme avait l'idée très arrêtée qu'un enfant normal engagé en présentation de la face et en po-

1. Madame Lachapelle. *Pratique des accouchements*. Paris, 1821. Tome I. Page 433. Observation XI.

sition postérieure, dans un bassin normal, ne pouvait s'en dégager qu'en tournant son menton sous la symphise ; et, avant nos recherches sur le cadavre, nous avions fait de son observation une présentation frontale qui se serait dégagée directement.

Mais, en la lisant avec plus d'attention, nous avons constaté que Madame Lachapelle était arrivée après l'engagement et avait trouvé la tête sans flexion ni déflexion, en transverse ; or, nous avons pu constater expérimentalement qu'une tête d'enfant ayant 9,3 de bi-pariétal et 12,9 d'occipito-mentonnier ne pouvait absolument pas s'engager sans déflexion et sans s'orienter en oblique, on avait donc dû avoir primitivement une oblique. Mais était-ce une antérieure ou une postérieure? Une postérieure, puisque finalement le menton est venu en arrière pendant le mouvement de bascule, et on peut affirmer que si la flexion constatée au début par Madame Lachapelle s'est produite c'est qu'une cause inconnue gênait la rotation ; or cette cause ne se trouvait pas en arrière puisque la face malgré son défaut de déflexion y est revenue : donc l'obstacle était dans la partie antérieure du bassin et la face venait de la partie postérieure et avait dû, par conséquent, être une M I D P. Quant à penser avec Madame Lachapelle que c'est par les positions « du vertex inclinées vers le dos » que débutent les présentations de la face, nous ne pouvons l'admettre qu'au détroit supérieur, car, dans les présentations du sommet enga-

gées les épaules descendent dans l'excavation avant le dégagement et empêchent ainsi le sommet de se transformer en face.

D'autre part, dans la situation où se trouvait la tête, le menton était encore plus bas que l'occiput « l'occiput n'était pas complètement enfoncé dans l'arcade », « la tête (était) enfoncée dans l'excavation » : il a donc fallu, pour que le front se dégage après l'engagement de l'occiput sous l'arcade, que la tige OM bascule dans le bassin. Enfin, il nous semble difficile de préciser la situation du menton De l'observation il résulte qu'il était en rappor avec le sacrum ; il est probable que pendant le passage de la tige OM il était dans l'échancrure sciatique, et qu'il est venu sur la ligne médiane après ce passage, pour le dégagement de l'occiput.

Et, pour terminer, remarquons que l'enfant sans être très fort « pesait cinq livres. »

C. — La troisième observation que nous ayons trouvée est de Weise :

« Une fille de service, âgée de 26 ans, d'une taille moyenne, d'une faible constitution, mais d'une bonne santé, était accouchée de son premier enfant à la suite d'un travail de huit jours et avec le secours du forceps. Elle fut trois mois à se rétablir. Fin février 1827, elle se crut enceinte de nouveau. Au mois de juillet elle sentit les premiers mouvemens de l'enfant ; elle se porta bien jusqu'au 15 octobre ; à cette époque elle fit une chute dans un escalier et

depuis elle se plaignit de maux de cœur, d'étourdissements et de douleurs assez fortes dans les reins. il n'y eut point de perte. Le 23 novembre, elle entra à l'hôpital d'accouchements de la Charité de Berlin. Le velycomètre de Kluge nous montra que l'inclinaison du détroit abdominal était de cinquante degrés. La distance qui séparait les crêtes iliaques de l'un et de l'autre côté était de dix pouces un quart. Celle qui existait entre les trochanters était de onze pouces. Enfin, le compas donnait sept pouces et demi de la symphise du pubis à la dernière apophyse des vertèbres lombaires. Le fond de la matrice se découvrait entre le nombril et le creux de l'estomac. Le placenta paraissait y avoir son insertion. On ne pouvait distinguer à travers les parois de l'abdomen, par l'exploration, les parties de l'enfant. Le ventre était douloureux au toucher, principalement du côté droit. La femme a souffert jusqu'à l'époque de l'accouchement de douleurs au creux de l'estomac et quelquefois de maux de cœur. L'exploration intérieure nous montra un bassin bien conformé. Le col utérin avait à peu près un quart de pouce de longueur. La tête du fœtus était mobile ; on pouvait la sentir à travers la paroi antérieure de l'utérus. Le 6 décembre, pendant la nuit, elle entra en travail. La poche des eaux se rompit le 7, à six heures du matin. Le toucher fit reconnaître l'état suivant : la tête s'engageait dans la cavité pelvienne ; le front correspondait au lieu de la réunion de l'ischion avec le pubis du côté droit ; les yeux, le nez

étaient dans la direction du petit bassin ; la bouche se trouvait derrière la symphise sacro-iliaque droite. Les douleurs de l'enfantement étaient de bonne nature et avaient de l'énergie.

La marche de l'accouchement était si régulière qu'on ne trouvait aucun motif pour avoir recours à l'art. La tête descendait dans le petit bassin en conservant sa position. Vers 9 heures du matin, la tête reposait sur le périnée, le front était tourné à droite et en avant et s'engageait sous les pubis.

Il survint une forte douleur qui poussa le front de dessous l'arcade du pubis au dehors, au même moment la tête fut expulsée, le front se porta vers le côté gauche et le menton sur le côté droit. Après l'expulsion de l'enfant la délivrance se fit spontanément. Le périnée resta intact.

L'enfant, du sexe masculin, avait tout son développement, il était plein de vie. Il pesait sept livres et demie. Il avait dix-sept pouces trois quarts de longueur.

Les diamètres de la tête de l'enfant se trouvaient dans les rapports suivants : le diamètre longitudinal était de quatre pouces trois quarts; le diamètre transversal trois pouces trois quarts. Toute la région frontale, en partie les joues, étaient tuméfiées et de couleur bleuâtre. Les yeux étaient comme enfoncés au milieu de cette bouffissure. Des compresses, imbibées d'une solution aromatique et mélangées de vin, furent appliquées sur les parties tuméfiées. La bouffissure disparut, et après plusieurs

jours la mère et l'enfant sortirent en bonne santé » (1).

1° Il s'agit bien là d'une présentation de la face et non du front, puisque le front se trouvait « au lieu de réunion de l'ischion avec le pubis », la bouche « derrière la symphise sacro-iliaque droite », et de plus les bosses séro-sanguines nous l'indiquent suffisamment.

2° C'était bien une postérieure et même une MIDP, étant donnée la situation respective de ces deux points de repère fœtaux.

3° Elle était engagée puisque « la tête descendait dans le petit bassin en conservant sa position ».

4° Elle a tourné, il est vrai, mais en devenant probablement une MIGP, puisque « le front était tourné à droite et en avant ».

5° Enfin, la mutation de la face en sommet a dû se faire d'après le mécanisme suivant : le menton s'est creusé une loge dans les parties molles situées entre l'os coxal, le coccyx, le petit ligament sacro-sciatique et la partie inférieure du grand : région que nous nous permettrons d'appeler *loge sciatique inférieure*.

La partie postérieure de l'occiput, appartenant au grand bras du levier occipito-mentonnier, qui à son point fixe au niveau de la troisième ou quatrième cervicale, a basculé en avant, se pressant sous la branche ischio-pubienne droite, en diminuant un

1. Siebold. *Siebol'ds journal*, 1823.

peu le diamètre OM, en même temps que le front « s'engageait sous les pubis ».

La mutation ne se vit pas complètement ici, parce que le menton était situé assez haut et que le dégagement se confondit avec la fin du mouvement de bascule : « Il survint une forte douleur qui poussa le front de dessous l'arcade du pubis au dehors ; au même moment la tête fut expulsée. »

Et maintenant pourquoi cette face ne se dégagea-t-elle pas selon le mécanisme normal ? L'observation est suffisamment complète pour nous permettre de le prévoir : au début du travail, alors qu'il n'y avait pas d'engagement, on avait affaire à une MIDP et, selon toute vraisemblance, le dos devait être à gauche (de plus la femme souffrait du côté droit et, en général, les douleurs se trouvent du même côté que les petits membres). Une fois engagée, la position était la même et le dos devait par suite se trouver encore à gauche. « La tête descendant dans le petit bassin, en conservant sa position ». C'est-à-dire que, par suite des efforts de l'expulsion, les épaules ont dû se fixer dans le diamètre oblique droit du bassin. C'est alors que s'est fait le mouvement de rotation ; mais il s'est fait en sens inverse, comme on le voit parfois pour les présentations de l'occiput. Résultat : l'occiput est venu butter contre la face postérieure de l'épaule droite qui n'a dû bouger que très peu ; la rotation s'est trouvée arrêtée alors que la face avait une position IGP.

C'est là que les forces expultrices sont venues la

chercher. Le canal pelvi-génital ne pouvant plus lui imprimer son mouvement de rotation, le menton venant se loger dans la loge sciatique inférieure, le grand bras du levier a basculé en avant, provoquant ainsi un mode anormal de dégagement.

Faisons bien remarquer que l'enfant « avait tout son développement, était plein de vie et qu'il pesait sept livres et demie. »

D. — Nous avons trouvé une quatrième observation de conversion de la face engagée en sommet, due à Matthyssens :

« Le 23 décembre 1841, je fus appelé à 8 heures 1/2 du matin, chez Madame YZ.... à terme d'une troisième grossesse. Les douleurs de l'enfantement avaient commencé vers 6 heures du matin. Par le toucher, je reconnus que le col de la matrice était largement dilaté ; aussi la poche des eaux ne tarda pas à se rompre. Je constatai immédiatement après une présentation de la face : le front était dirigé en avant et à gauche, le menton en arrière et à droite ; le doigt introduit dans la bouche de l'enfant y sentit parfaitement les mouvements de la langue. Des efforts furent faits pour ramener en avant le menton, mais ce fut en vain. Cependant les craintes, que j'avais conçues un instant sur la terminaison naturelle de l'accouchement, furent bientôt dissipées, lorsque je reconnus que la présentation de la face se convertissait insensiblement en une présentation du sommet. Mme YZ... accoucha naturellement vers

les onze heures, d'un enfant mâle, vivant et bien portant » (1).

Encore une fois, l'auteur ne dit pas que la face était engagée, mais, d'une part la présentation était en oblique, ce qui est assez peu fréquent au détroit supérieur; d'autre part, surtout, Matthyssens dit que « des efforts furent faits pour ramener en avant le menton ». Or, le fait de ramener le menton en avant suppose l'engagement, et de plus, en supposant que Matthyssens ait voulu convertir une mento-postérieure non engagée en mento-pubienne, il l'aurait assurément pu, opérant sur une partie non engagée, « mais, ce fut en vain », qu'il fit des efforts : il nous est donc permis de dire que l'observation en question est celle d'une M I D P engagée. Quant à la conversion en sommet elle a été absolue, puisqu'il n'est pas question de front se dégageant le premier. Enfin remarquons que le travail a duré de six à onze heures du matin, soit cinq heures, ce qui est loin d'être la règle dans les M P et que cet heureux résultat peut vraisemblablement être attribué à la conversion de la face en sommet.

Le mécanisme n'est pas indiqué, mais, en nous reportant à nos propres expériences, il nous est possible de penser ce qu'il a été : il y eut deux temps bien séparés : 1° la conversion en sommet ; 2° le dégagement de ce sommet. Or, pour qu'une face

1. Matthyssens. *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, 1882. Observ tion d'accouchement, page 65.

bascule en avant sans que le front se dégage en même temps ou à la fin de ce mouvement de bascule, il faut que le menton soit très élevé dans l'excavation. Sans quoi qu'arriverait-il? Une partie de la tige occipito-mentonnière (13 centimètres 1/2) se trouverait forcément hors des organes génitaux. Le menton se trouvait donc dans un espace compris entre le fond de l'échancrure sciatique en avant et en haut, le bord antérieur du sacrum en arrière, le petit ligament sacro-sciatique en bas, espace qui a la forme d'un demi-cercle et que nous nous permettrons d'appeler *loge sciatique supérieure*.

Terminons en faisant remarquer que l'enfant était vivant et bien portant.

E. — Rappelons aussi le cas de Birnhaum (de Bonn) : une MIDT se convertit spontanément en OIGA fortement inclinée sur son pariétal droit. On dut recourir au forceps pour terminer l'accouchement (1).

Comment cette conversion, de prime abord incompréhensible, a-t-elle dû se produire ?

Selon toute vraisemblance, cette transversale devait être primitivement une oblique et d'après la proportion probablement une MIDP. Le menton était en voie de déplacement vers le pubis quand les épaules, fixées au détroit supérieur ou tout au-

1. P. Cuzaea. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.* 10e édition, revue et annotée par S. Tarnier. Page 874.

tre cause, arrêtèrent le mouvement de la tête : la région temporale gauche vint butter contre l'épaule gauche. Dès lors, le mécanisme normal était interrompu, impossible, car la tête dut alors obéir à la fois au canal pelvi-génital, à l'épaule (si c'était l'épaule) contre laquelle elle s'appuyait et à la force expultrice. Or, si l'on place dans un bassin de femme éviscérée un enfant dans cette situation, on voit la tête suivre l'épaule, se défléchir en la suivant et par suite en s'inclinant sur son côté droit. Le centre de rotation semble être l'apophyse mastoïde gauche, le menton revient dans l'échancrure sciatique et le front glisse en avant derrière les pubis.

F. — Et enfin, signalons un dernier cas de conversion spontanée de la face en sommet, trouvée dans les registres de la Clinique de la Faculté (l'observation 63 de l'année 1896) : une MIDT, variété frontale, qui s'est convertie alors qu'elle était déjà amorcée en OIGA. Malheureusement, aucun détail n'est joint à cette constatation. Le menton prit probablement son point d'appui dans la loge sciatique supérieure et, y déprimant les parties molles, permit à l'occiput de franchir le détroit supérieur en avant et à gauche.

Il est encore deux observations de MIP qui se sont converties seules en sommet, le menton déprimant le périnée au-dessous du grand ligament sacro-sciatique. Elles sont dues à P. Dubois. Tous les classiques

français les relatent : Cazeaux, Tarnier, Budin, Charpentier, Auvard ; ce sont même les deux seules qu'ils citent tous ; mais, fait inexplicable, aucun d'eux ne dit où il les a prises. Toutes nos recherches pour les retrouver sont restées infructueuses et nos maîtres consultés n'ont pu nous donner aucun renseignement.

L'*Index Medicus* cite, à propos des cas de dystocie causés par la présentation de la face, un article d'Hertoge paru dans les *Annales de la Société médicale d'Anvers* de 1885, sur la conversion d'une MIDP en sommet. Malheureusement il manque à la Bibliothèque de la Faculté les années de 1883 à 1888 et la Bibliothèque Nationale ne reçoit pas cette publication. Nous n'avons donc pu avoir aucun renseignement sur cette observation.

II. — *Conversions de la face en sommet à la suite d'interventions.*

A. — La première observation que nous trouvions, dans la littérature médicale, d'une face convertie en sommet grâce à l'intervention d'un accoucheur est celle de Smellie :

« En 1762, je fus appelé au secours d'une femme qui avait été longtemps en travail et dont l'enfant présentait la face, de manière que le menton répondait à la partie inférieure des os sacrum, tirant tant soit peu sur le côté gauche. Enfin, la tête était

descendue si bas dans le bassin que le visage repoussait extérieurement les parties basses de la femme en forme de grosse tumeur, et dès lors les douleurs étaient beaucoup affaiblies. Comme le temps était extrêmement froid, je lui permis de rester couchée sur le côté, quoiqu'il eût été plus avantageux qu'elle eût été couchée sur le dos ; je lui fis ensuite approcher un peu les fesses du lit, de manière cependant qu'elle eût la tête et les épaules de l'autre côté, après quoi j'introduisis les branches du forceps. Comme je ne pus venir à bout de retirer la tête, je fus obligé, pendant chaque douleur, de la laisser dans la situation qu'elle présentait. Les parties molles situées entre le coccix et l'orifice externe se trouvèrent insensiblement dilatées par la compression de la face et du front de l'enfant ; de manière que ces parties prêtèrent enfin assez pour permettre au vertex de passer par dessous l'arcade des pubis ; après quoi je relevai les manches du forceps vers cet os, et moyennant toutes ces précautions, je vins enfin à bout de délivrer heureusement cette femme d'un enfant mort et qui avait péri probablement à cause de la longue compression que la tête avait soufferte dans le bassin. » (1)

Nous ne nous appesantirons pas sur cette observation, elle n'est pas suffisamment détaillée pour que

1. Smellie. *Traité de la théorie et pratique des Accouchements*. Traduit par de Préville. Paris 1754. Tome II. Page 579.

nous puissions comprendre pourquoi le menton est venu se fixer dans une situation intermédiaire à la MS et à la MIGP, pourquoi Smellie n'a pas tenté la rotation comme il en avait coutume, comment enfin la face était descendue suffisamment bas pour refouler le périnée, ni quel fut le mode de prise de l'accoucheur pour abaisser l'occiput.

B. — Voici maintenant une observation due à Méza.

« Le 14 juin 1784, je fus mandé pour secourir une femme qui avait passé toute la nuit dans le travail de l'enfantement. Les eaux s'étaient écoulées et les douleurs, devenues plus faibles, commençaient à disparaître.

Deux saignées avaient été pratiquées et un lavement avait été donné.

La sage-femme assurait que les fesses se présentaient avec les extrémités, mais elle ne pouvait savoir si c'était les membres supérieurs ou inférieurs. Je pratiquai le toucher et je reconnus que la partie qui s'avançait était plongée dans la cavité pelvienne, et qu'au lieu des fesses et des extrémités, je sentais la face qui s'offrait la première.

Le nez, les yeux, la bouche ne me permirent pas de méconnaître cette présentation. Le front était appliqué sur la surface plane des os du pubis, et le menton répondait à la cavité coccygienne, il était mobile. On pouvait l'éloigner et le rapprocher de la mâchoire supérieure ; le temps de la version était

passé. Je craignais aussi en repoussant la tête de provoquer trop de douleurs. D'ailleurs, il ne paraissait pas certain que cette opération aurait du succès. Par toutes ces raisons, j'eus recours, comme dernier moyen, au forceps de Smellie. L'application eut lieu de la manière suivante : j'introduisis sur chaque côté de la tête, le plus haut possible, les branches du forceps, l'une après l'autre; je les abaissai ensuite vers le périnée et, après les avoir réunies, je procédai à l'extraction en tirant en bas. Lorsque le front se dégagea de dessous les pubis et que le syncciput apparut à la sortie du bassin, je relevai le forceps, en recommandant à la sage-femme de soutenir le périnée, et je terminai cette extraction suivant le mode ordinaire.

La tête était depuis le cou jusqu'à l'occiput tuméfiée. Une marque profonde était imprimée au front. La lèvre supérieure était dure, livide et épaisse. L'enfant ne revint à la vie qu'après l'emploi de la saignée par le cordon, de frictions sur la colonne vertébrale, de bains tièdes. Des ablutions d'eau froide mêlée de vin sur la tête, des pressions sur la poitrine et des percussions avec la paume de la main sur les fesses furent également faites » (1).

Nous avons donc affaire à une MS dans laquelle le menton reposait sur le coccyx. Méza hésita entre la version et la conversion en sommet. Outre les raisons plausibles qui contrindiquaient la version

1. Méza. *Acta regiæ de Societatis mep. Hauniensis*. Tome II, p. 379.

tel que l'engagement profond, Méza s'en est donné d'autres (la crainte de faire souffrir, celle de ne pas réussir), et il s'est servi du petit forceps droit de Smellie. Il fit donc une prise bi-temporo-pariétale, et semble avoir amené sa tête sans trop de difficulté : 1° par un mouvement de flexion (transformation en sommet); 2° par un mouvement de déflexion (dégagement de ce sommet).

Comme on peut le voir, le menton qui était au niveau du coccyx, ainsi que le dit Méza, et par suite sur un plan inférieur au grand ligament sacro-sciatique, ne resta pas en place dans ce mouvement de bascule, puisque le front se dégagea seul avec une partie de l'occiput, et qu'ainsi une portion de la tige occipito-mentonnière resta dans l'excavation.

C'était à prévoir, puisqu'il ne trouva pas de loges analogues à celles de l'échancrure sciatique, mais fut en rapport avec les surfaces antérieures glissantes du sacrum et du coccyx. La pression et la réduction que dut subir le diamètre occipito-mentonnier fut assurément bien plus forte que si le menton s'était trouvé en position postérieure au niveau d'une des loges.

Nous n'avons pu sur le cadavre réussir la manœuvre faite par Méza qu'avec un enfant qui avait 12,4 d'occipito-mentonnier.

C. — Une troisième observation appartient à Mme Lachapelle :

« Chez la nommée Marguerite Fess..., on avait re-

connu, dès les premiers moments du travail, une position intermédiaire et défavorable.

Les premières contractions avaient rompu les membranes et permis de sentir la tête au détroit supérieur ; elle était tournée de telle façon que *la face* regardait la symphise sacro-iliaque droite, et elle commençait à se renverser vers le dos, de sorte que la fontanelle antérieure occupait le centre du détroit. Elle s'enfonça dans l'excavation sans s'y engager tout à fait et ne fit que se renverser davantage en sorte que le front se trouva presque directement au centre.

Les choses en étaient là et le travail durait depuis 24 heures, lorsque je crus indispensable l'application du forceps. Les branches furent placées assez aisément sur les côtés de la tête ; les premières tractions furent dirigées vers l'anus et firent, *non sans peine*, descendre la tête *sans changement dans sa position.*

Quand elle fut assez basse pour faire saillir le périnée, les branches du forceps achevèrent une rotation lente et graduelle qui s'était combinée dès le principe avec les tractions en bas, et se trouvèrent en conséquence tout à fait latérales par rapport au bassin ; en même temps l'occiput entra dans l'arcade et la tête se trouva dans la même situation que celles qui descendent et roulent le plus régulièrement possible ; aussi, je pus sans crainte extraire le forceps et laisser la nature achever mon opération.

Périnée intact, suites heureuses.

L'enfant ne pesait que cinq livres; il vécut.

Le forceps avait laissé son empreinte derrière et sous les oreilles... Pour le faire agir (le forceps) comme dans ce dernier cas (une présentation de la face), il aurait fallu... faire exécuter une rotation très considérable à la tête : il aurait été impossible d'y parvenir... Remarquez qu'il a fallu tirer bien plus bas la tête pour que l'occiput se trouvât au niveau de l'arcade ; mais que l'occiput, une fois là, la tête avait fait un pas de plus que dans les cas ordinaires puisqu'elle était déjà dans l'extension » (1).

Nous nous trouvons ici en présence d'une MIDP que le forceps amène jusque sur le périnée, malgré la théorie qui veut que la rotation doive se produire avec la fin de l'engagement. Nous ferons remarquer que dans la situation où se trouvait la tête, le menton était plus bas que l'occiput pour les mêmes raisons que dans l'observation de Mme Lachapelle que nous rapportons plus haut, et qu'ici, encore, la tige OM a dû basculer dans l'excavation.

Pourquoi le mouvement de bascule commencé dès l'engagement et alors, sans doute, que le menton était dans la loge sciatique supérieure, ne s'achevait-il pas seul ? Le texte ne permet pas de le dire d'une façon sûre, mais nous pouvons donner une cause possible : le menton ne prenait pas un point d'appui assez ferme pour que la tige vertébrale pût

1. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements.* Paris 1821. Page 443. Observation 16.

pousser le diamètre OM sans que le point M progresse ; c'est d'autant plus probable que la prise, qui ne put être faite suivant la ligne occipito-mentonnière, étant donné le fléchissement de la tête, fit sans difficulté « descendre la tête *sans changement dans sa position* ».

Le menton arrivé sur le périnée s'y appuyait et, les tractions du forceps continuant, l'occiput descendit. Mais Mme Lachapelle en tirant avait opéré « une rotation lente et graduelle » ; le menton devait donc être en rapport avec la face antérieure du coccyx et ne trouvant pas là un cran d'arrêt (qu'on nous pardonne l'expression) analogue aux ligaments sacro-sciatiques, remonta le long du sacrum pendant que l'occiput descendait en sens inverse, ce qui fit que, le mouvement de bascule achevé, le dégagement n'était pas fait comme il aurait dû avoir lieu si le menton avait été retenu en-dessous du grand ligament sacro-sciatique ; d'où, les deux temps bien séparés ici : 1° mutation ; 2° expulsion. Le centre de rotation fut ici au niveau des premières cervicales et non pas comme dans les cas précédents au niveau du menton.

'enfant ne pesait que cinq livres; il vécu
e forceps avait laissé son empreinte de
sous les oreilles... Pour le faire agir (le
comme dans ce dernier cas (une présentatio
face), il aurait fallu... faire exécuter une rotati
considérable à la tête : il aurait été impossib
parvenir... Remarquez qu'il a fallu tirer bien
bas la tête pour que l'occiput se trouvât au n
de l'arcade ; mais que l'occiput, une fois là, i
avait fait un pas de plus que dans les cas or
puisqu'elle était déjà dans l'extension » (1)

Nous nous trouvons ici en présence d'
que le forceps amène jusque sur le pér
la théorie qui veut que la rotation doi
avec la fin de l'engagement. Nous fe
que dans la situation où se trouvai
ton était plus bas que l'occiput p
sons que dans l'observation de
nous rapportons plus haut, e
OM a dû basculer dans l'ex

Pourquoi le mouvem
dès l'engagement et al
ton était dans la loge
vait-il pas seul ?
d'une façon sûr
cause possi
d'appui

...dinaire très prompte-

...« Smellie et Burton ont
...irection horizontale de la
...otation artificielle ils ont
...sacrum », que, « Baudelo-
...se », que, « Peu a réduit la
...du sommet; Smellie a réduit
..., que, « Viardel et Rœderer
...ie toujours (1) ». On pense que,
...s documents, sa conviction est
...n, pour elle le redressement n'est
...uand la tête (est) au moins au ni-
... supérieur et que l'utérus (contient)
...u (2) » et elle conclut : « je soutiens
... terminaison d'un accouchement par
...d le menton est en arrière, soit primiti-
...it secondairement, à moins qu'on ait
...n véritable avorton (3). »

...achapelle ne s'est pas aperçue que dans la
...e de ses observations que nous citons, le
...n, ainsi que nous l'avons fait remarquer, était
...ivement plus bas que l'occiput, et que, pour
...e front se dégage le premier par suite de la
...gression de l'occiput en avant, il a fallu que la
...e occipito-mentonnière bascule. Et ce fait est en-

1. Mme Lachapelle, *loc. cit.*, page 80.

2. Mme Lachapelle, *loc. cit.*, page 82.

3. Mme Lachapelle, *loc. cit.*, page 378.

CHAPITRE II

Modes de dégagements imaginés, ou admis par les auteurs dans le cas où il y a anomalie du troisième temps.

Smellie admet la possibilité de la transformation spontanée ou artificielle des mento-postérieures engagées, en sommet (1), puisqu'il dit qu' « il faut essayer avec le forceps d'attirer la tête (2) au-dessous des os pubis » pendant que l'on repousse « la face en arrière et en haut dans la cavité du sacrum ». Toutefois, Smellie plus interventionniste que théoricien, n'explique pas le mécanisme de cette transformation et quand il rapporte une conversion spontanée il ajoute, sans doute pour se mettre à l'abri des critiques: « elle avait le bassin large,

1. Smellie. *Traité de la théorie et pratique des accouchements*, traduit par de Préville, Paris 1754, page 295.

2. Probablement l'occiput.

et elle accouchait pour l'ordinaire très promptement. »

Mme Lachapelle sait que « Smellie et Burton ont plusieurs fois changé la direction horizontale de la tête », que, « par une rotation artificielle ils ont conduit la face dans le sacrum », que, « Baudeloque a fait la même chose », que, « Peu a réduit la face en une position du sommet; Smellie a réduit l'oreille et la face », que, « Viardel et Rœderer veulent qu'on l'essaie toujours (1) ». On pense que, munie de tous ces documents, sa conviction est faite? Eh bien non, pour elle le redressement n'est possible que, « quand la tête (est) au moins au niveau du détroit supérieur et que l'utérus (contient) encore de l'eau (2) » et elle conclut: « je soutiens impossible la terminaison d'un accouchement par la face quand le menton est en arrière, soit primitivement, soit secondairement, à moins qu'on ait affaire à un véritable avorton (3). »

Mme Lachapelle ne s'est pas aperçue que dans la première de ses observations que nous citons, le menton, ainsi que nous l'avons fait remarquer, était primitivement plus bas que l'occiput, et que, pour que le front se dégage le premier par suite de la progression de l'occiput en avant, il a fallu que la tige occipito-mentonnière bascule. Et ce fait est en-

1. Mme Lachapelle, *loc. cit.*, page 80.

2. Mme Lachapelle, *loc. cit.*, page 82.

3. Mme Lachapelle, *loc. cit.*, page 378.

core bien plus évident dans la seconde de ses observations que nous relatons, où la conversion fut absolue ; « l'occiput entra dans l'arcade, dit-elle, et la tête se trouva dans la même situation que celles-ci qui descendent et roulent le plus régulièrement possible. »

P. Guillemot admet la possibilité à la face engagée en position postérieure de se transformer en sommet, et il en est si convaincu qu'il écrit dans les *Archives générales de Médecine* (1), un article très documenté pour prouver par des faits cette possibilité.

Velpeau est très catégorique au sujet de ces mutations, et loin de les admettre comme ses contemporains au détroit supérieur, il pense qu'elles se font surtout au niveau du périnée et sont les terminaisons naturelles des mento-postérieures : « ordinairement les transformations dont il s'agit ne s'opèrent qu'à la partie inférieure de l'excavation.

J'ai pu me convaincre de mon côté qu'au lieu de former l'exception, comme on le croit généralement et comme je l'avais cru moi-même, elles constituent véritablement la règle » (2).

Mais il s'est contenté de constater le fait et n'y chercha aucune explication : « J'ignore à quelle cause on peut raisonnablement les attribuer ».

Il nous faut malheureusement ajouter qu'au

1. P. Guillemot. *Loc. cit.*, page 508.

2. Velpeau. *Loc. cit.*, page 512.

tome II, Velpeau a renié ses dieux et, que lorsqu'il s'est agi de donner des conseils à propos des présentations de la face, il a fait comme les accoucheurs de son temps et conseillé de les convertir en sommet au détroit supérieur, car « il n'est plus temps d'y songer dès que la tête est arrivée dans l'excavation » (1).

Baudelocque n'élève aucun doute à la possibilité de la transformation en sommet ; seulement, ce mouvement de bascule est pour lui comme le mouvement de rotation pour les autres, un temps qui ne se produit pas seul, mais nécessite l'intervention de l'accoucheur. Pas plus que Velpeau, malheureusement, il ne donne l'explication, le mécanisme de ce phénomène, et il ne l'a sans doute pas cherché car il semble admettre qu'en tous les points du bassin le mouvement de bascule est possible (2).

Chailly est un théoricien. Il ne rapporte aucun fait mais donne deux modes de dégagement possible : l'un en mento-sacrée, l'autre en oblique. Il prend donc une face en MP. et dit : « Dans cette situation, le sommet est arc bouté derrière la symphise du pubis, l'occiput étant resté bien au-dessus de cette symphise, et le menton se trouve arrêté par le sacrum ; pour que le dégagement puisse avoir lieu, il faudrait que la face présentât au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (qui n'a que 4 pouces,

1. Velpeau, *loc. cit.* Tome II, page 41.

2. J.-L. Baudelocque, *loc. cit.*, page 183.

4 à 5 lignes), son diamètre occipito-mentonnier qui a 13 centimètres 1/2 (5 pouces), ce qui est impossible à moins que la tête ne vienne à changer de situation. Cette situation changée, l'accouchement peut avoir lieu de deux manières : la face continuant à se présenter ou bien le sommet venant par un mouvement de flexion remplacer la face.

Dans le premier cas, le cou de l'enfant s'allonge sous l'influence de contractions très énergiques ; une petite portion de la poitrine s'engage ainsi dans le détroit supérieur et l'occiput se renverse fortement en arrière. Ces divers mouvements combinés permettent au menton de s'avancer diagonalement en glissant dans la concavité du sacrum jusqu'au ligament sacro-sciatique qu'il dépasse en le repoussant fortement en arrière. Le menton, ainsi logé dans la concavité du périnée, la trachée vient reposer sur la pointe du sacrum. Ce ne sera pas alors l'occipito-mentonnier, comme cela a été écrit tout récemment, qui se présentera au moment du dégagement, car un diamètre de 5 pouces ne peut pas se mettre en rapport avec un diamètre du bassin qui n'en a que 4 1/2 mais bien le trachélo-occipital, qui permet au sommet de s'abaisser sous la symphyse des pubis, en présentant successivement au diamètre coccy-pubien le diamètre trachélo-frontal 9 centimèt. 1/2 (3 pouces 1/2), le trachélo-bregmatique 10 centimètres (3 pouces 3/4), le trachélo-occipital 11 centimètres (4 pouces et quelques lignes).

Après que le sommet et l'occiput sont ainsi déga-

gés, de dessous la symphyse des pubis, la face, qui est restée contenue dans la concavité du périnée qu'elle a repoussé en arrière, se dégage bientôt dans un mouvement de progression en avant... Pour que le menton puisse parcourir toute la concavité du sacrum, afin de dépasser le ligament sacro-sciatique, il faut que le cou de l'enfant s'allonge considérablement, qu'une partie de la poitrine puisse s'engager au détroit supérieur, que les contractions de l'utérus soient très énergiques, et que le périnée ne soit pas trop résistant. Ce sont ces conditions, difficiles à rencontrer, qui constituent toute la difficulté de l'expulsion : elles ne peuvent exister que lorsque le bassin est très large ou le fœtus très petit » (1).

Tel est donc le premier mode de dégagement *imaginé* par Chailly et qu'il n'appuie sur aucun fait. J'ai essayé le mécanisme de Chailly sur le cadavre. Or, si on retient les épaules au niveau du détroit supérieur en ne laissant engager que le haut de la poitrine, on voit qu'avec une prise bipariétale solide il faut tirer avec une force de 85 kilogrammes environ pour amener la symphise mentonnière au-delà du coccyx et qu'alors si l'on veut opérer le mouvement de déflexion pour dégager le pubis, on ne le peut pas sans laisser remonter le menton le long du coccyx (du moins en tirant à 95 kilog. au maximum). D'ailleurs, après cet effort, nous avons pu constater : 1° sur le cadavre de la femme une déchirure

1. Chailly, *loc. cit.*, page 759.

longitudinale du vagin à sa partie inférieure et en arrière; 2° sur le cadavre de l'enfant une rupture des divers ligaments de la colonne cervicale sans lésion macroscopique de la moelle. Indépendamment de nos recherches, il est fort peu probable que les *six* conditions requises par Chailly se trouvent réalisées sur la même femme.

Voici maintenant la seconde hypothèse émise par Chailly: « Dans le deuxième cas, la face, étant arrivée dans l'excavation, tend à présenter aussi au détroit inférieur son diamètre occipito-mentonnier, qui ne peut franchir ce détroit; alors, le menton au lieu de se rapprocher du périnée comme dans le cas précédent, s'en éloigne, remonte vers l'angle sacro-vertébral et se fléchit sur la poitrine, ce qui permet à l'occiput de s'abaisser et de s'engager sous les pubis. En un mot, la présentation du sommet occipito-antérieure (ou pubienne) vient dans l'excavation remplacer celle de la face.

Mais ce fait ne peut s'expliquer qu'en admettant que le fœtus est encore plus petit et que le bassin est encore plus large que dans le cas précédent (1) ».

Malheureusement Chailly ne voit pas que l'échancrure sciatique est dépressible, et il n'admet ce mouvement de bascule que pour un « fœtus encore plus petit » que dans le cas précédent. Cela revient à dire que le diamètre O M doit avoir moins de douze centimètres.

(1) Chailly. *loc. cit.*, page 761.

Mme Lachapelle niait malgré les faits, Velpeau et Baudelocque admettaient sans expliquer, Chailly explique, il explique même très longuement, mais son explication... n'est pas admissible.

Joulin affirme l'impossibilité absolue de la mutation en sommet : hors de la rotation interne pas de salut : « Je le répète, car c'est là une loi fondamentale dans les cas où les rapports des diamètres maternels et fœtaux sont normaux, l'accouchement ne se peut faire lorsque le mouvement de rotation qui doit ramener le menton sous la symphise fait défaut. » Quant aux faits que l'on cite, ce « sont à peu près les mêmes répétés par tous les auteurs » et ils « ont pour sujet des avortons, des fœtus morts ou d'un très petit volume » (1)... « on ne peut faire évoluer un diamètre de treize centimètres et demi dans une circonférence de douze » (2).

Voici maintenant l'avis de Carl Schrœder. « Le dégagement à travers le bassin, le menton restant dirigé en arrière, est impossible lorsque le menton est la partie la plus basse, parce que l'occiput et la poitrine devraient franchir ensemble le conjugué.

Mais, en outre, il est encore impossible parce que, le menton se trouvant être la partie la plus basse le menton revient dans tous les cas en avant.

Si pourtant c'est le front qui est le plus bas, alors pour les raisons déjà plusieurs fois signalées plus

1. Joulin. *Loc. cit.*, page 947.
2. Joulin. *Loc. cit.*, page 1045.

haut, le menton reste dirigé en arrière, et la tête peut encore dans des circonstances particulièrement favorables, se dégager de telle façon que le front et la grande fontanelle deviennent visibles, le crâne dans la région de cette dernière restant appliqué contre la symphise, et que la face se dégage ainsi sur le périnée.

Il est encore plus rare, et cela n'est possible que dans des cas particulièrement favorables, de voir le front être comprimé contre la paroi antérieure du bassin et alors le nez et les yeux apparaître à la vulve, et la bouche, le menton se dégager sur le périnée et enfin le front et le crâne passer sous la symphise » (1).

L'explication est claire et ne demande aucun commentaire. Ce sont des faits exceptionnels, et semble-t-il, assez peu explicables pour Schrœder; aussi conclut-il « malgré ces exceptions la loi persiste et doit avant tout persister pour la pratique que : *dans les présentations de la face, le menton dirigé en arrière, l'accouchement n'est possible que si le menton se tourne en avant.* Le mécanisme dévié n'est possible et n'a lieu en réalité que si le front se trouve plus bas que le menton » (2).

Hubert (de Louvain) ne voit la possibilité d'une terminaison que par la rotation en mento-pubienne : « cette rotation qui convertit la mento-postérieure

1. Carl Schrœder. *Loc. cit.*, page 167.

2. Schrœder. *Loc. cit.*, page 168.

en mento-antérieure... est d'absolue nécessité » (1) et plus loin : « nous en dirons autant d'une autre anomalie, aussi rare, qui consiste dans la conversion d'une position mento-postérieure en occipito-antérieure. Le menton refoule l'une des parties molles qui correspond à l'une des échancures sciatiques et y reste fixé pendant que l'occiput s'abaisse dans la direction opposée en décrivant un arc de cercle qui a pour rayon le diamètre mento-occipital ; mais comme ce diamètre est de 13 centim. 1/2 cette rotation est absolument impossible dans les conditions ordinaires. »

« Nous concluons de ce qui précède que, à moins de conditions exceptionnelles, les positions mento-postérieures doivent *nécessairement* se convertir, ou être converties en mento-postérieures. »

E. Hubert voyait surtout dans les présentations de la face le diamètre sterno-synccipital (13 cm. 1/2) que l'on pourrait sans l'inconvénient des noms propres appeler diamètre de Hubert. Ce diamètre commandait toute la scène et rendait impossible la terminaison naturelle de toute anomalie.

Voyons maintenant l'avis de Cazeaux : « Dans l'immense majorité des cas, les deux variétés mento-sacro-iliaque droite postérieure et mento-sacro-iliaque gauche postérieure présentent un mécanisme identique, c'est-à-dire que, arrivée à une certaine profondeur dans l'excavation, la tête exécute un

1. E. Hubert. *Loc. cit.*, page 289.

mouvement de rotation qui convertit la position en mento-pubienne. La nécessité de ce mouvement est ici bien plus évidente que dans la position mento-transversale puisque la hauteur de la paroi postérieure du bassin est plus grande que celle de la paroi latérale. On peut donc établir comme règle générale et presqu'absolue que, dans les positions de la face, quel que soit, au début du travail, le rapport du menton avec le pourtour du détroit supérieur, il faut, pour que l'accouchement se termine spontanément, qu'un mouvement de rotation ramène le menton sous la symphise des pubis » (1).

Cazeaux admet bien de légères exceptions, mais elles ne s'adressent qu'aux cas où le fœtus est tout petit, jamais à ceux où il est normal, ainsi que le bassin : « Le mouvement de rotation que nous avons étudié, qui a pour résultat de ramener constamment le menton vers la symphise des pubis, et que nous avons considéré comme absolument nécessaire à la terminaison spontanée du travail, peut cependant ne pas s'exécuter. Mais ces exceptions très rares ne détruisent en rien le principe général que nous avons posé, car elles se rapportent toutes à des cas, dans lesquels les dimensions de la tête étaient petites relativement à celles du bassin, ou bien encore à des cas dans lesquels il y a eu conversion spontanée de la position de la face en une position du sommet (2). »

1. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 331.

2. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 332.

Cazeaux donne ensuite des faits et les discute : « Quant aux variétés dans lesquelles le menton regarde en arrière du bassin, nous avions déjà dit qu'il fallait que le menton revînt en avant. Cependant, on trouve dans les auteurs des observations de positions mento-postérieures qui se sont terminées spontanément, et dans lesquelles on n'a pas vu le menton revenir sous la symphise des pubis; les auteurs diffèrent sur l'explication de cette anomalie (1). » Suit l'infirmation du mécanisme donné par Velpeau et par Guillemot.

Tel est donc l'avis de Cazeaux. Mais c'est celui du Cazeaux dixième édition, qui s'est sans doute souvenu que celui des premières éditions avait conseillé de faire toujours la mutation des mento-postérieures engagées en occipito-antérieures ; car, il dit plus loin : « Toutes les autres opérations se rapportent à des mento-sacro-iliaques gauches ou mento-sacro-iliaques droites. Or, dans celles-ci, il me paraît possible de comprendre la terminaison spontanée du travail sans engagement simultané de la poitrine et de la tête. Supposons, en effet, une position mento-sacro-iliaque droite. Après l'extension complète de la tête, la face descendra dans l'excavation autant que le permet la longueur du cou, et le menton arrivera, par conséquent, jusqu'au niveau de la grande échancrure sciatique, d'autant plus qu'il sera facilité dans ce mouvement de progression par la forme de cette

1. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 333.

portion de l'os ilium, qui paraît en ce point taillé en cône. Arrivé dans la grande échancrure sciatique, le menton trouvera là des parties molles qu'il pourra facilement déprimer. Cette dépression sera suffisante pour augmenter de 6 à 8 millimètres le diamètre oblique de l'excavation, permettre au diamètre occipito-mentonnier de le franchir, et à la tête d'exécuter le mouvement de flexion qui conduira l'occiput sous la symphise pubienne (1). »

Et Cazeaux donne même le conseil, dans le cas où tout moyen de conservation aura échoué et avant de faire la perforation, de chercher à convertir en sommet « bien que la théorie soit impuissante à répondre d'une manière satisfaisante. »

M. le professeur Tarnier donne très clairement et très nettement son avis : « Une anomalie autrement grave tient au défaut de rotation dans les mento-iliaques postérieures. Dans les positions occipito-iliaques postérieures du sommet l'accouchement est encore possible, quand le mouvement de rotation fait défaut. Il n'en est plus de même dans la présentation de la face. Lorsque le menton reste en arrière, pour qu'il pût se dégager à la commissure postérieure de la vulve, il faudrait, le thorax restant au-dessus du détroit supérieur, que le cou pût s'allonger assez pour mesurer la longueur du sacrum, du coccyx et du périnée ; ou bien il faudrait que le thorax s'enfonçât dans l'excavation entre la tête et

1. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 335.

le sacrum ; or, nous avons déjà démontré que, dans les circonstances ordinaires, ces deux conditions ne pouvaient être réalisées. Il faut de toute nécessité que le menton soit ramené sous le pubis, sans quoi l'accouchement ne se fait pas (1). » Et comme conséquence : « quand le menton reste en arrière l'accouchement est donc impossible par la face. » Tout est exact, et M. Tarnier montre bien l'impossibilité du mécanisme indiqué par Chailly sans engagement du thorax. Mais remarquons que du défaut de rotation M. Tarnier ne conclut pas à l'impossibilité de l'accouchement, mais à l'impossibilité de l'accouchement « par la face ». Et le mécanisme indiqué par Cazeaux pour les petits fœtus, il admet qu'il « peut aussi servir à expliquer quelques faits d'accouchements avec un fœtus vivant et de volume ordinaire. »... « Après extension complète de la tête, la face descend dans l'excavation autant que le permet la longueur du cou, et le menton arrive par conséquent jusqu'au niveau de la grande échancrure sciatique. Arrivé dans la grande échancrure sciatique, le menton trouve là des parties molles qu'il peut déprimer. Cette dépression augmente notamment le diamètre oblique de l'excavation, ce qui permet au diamètre occipito-mentonnier d'y basculer, et à la tête d'exécuter un mouvement de flexion qui convertit la présentation de la face en présentation du sommet ; après quoi l'occiput vien se placer sous la symphise pubienne. »

1. S. Tarnier. *Loc. cit.*, page 662.

On verra que nos expériences nous amènent aux mêmes conclusions, à cela près que nous avons trouvé les deux parties de l'échancrure sciatique où se trouve le menton pendant le mouvement de bascule. « On peut encore, ajoute M. Tarnier, expliquer l'accouchement spontané, bien que la rotation ait manqué, en supposant que le menton arrive sous le ligament sacro-sciatique, déprime le périnée en ce point et s'y creuse une loge : car alors la présentation de la face se convertit comme dans le cas précédent, en présentation du sommet. » Nous dirons plutôt que la présentation de la face *se dégage* en sommet, car si le menton est arrêté sous le grand ligament sacro-sciatique, le diamètre occipito-mentonnier sera mathématiquement obligé de sortir en partie des organes génitaux avant même que le mouvement de bascule ne soit achevé : les régions frontales et occipitales seront dégagées. A M. Tarnier revient donc l'honneur d'avoir nettement affirmé la possibilité de la conversion des mento-postérieures en sommet et d'avoir vu l'impossibilité du même mécanisme pour les mento-sacrées.

M. Charpentier n'admet pas les conversions spontanées ou artificielles en sommet : « Le dégagement ne peut se faire que si la rotation s'exécute, et celle-ci est subordonnée à la descente, descente, nous l'avons vu, limitée par la longueur du cou et la nécessité de l'engagement simultanée de la face et de la partie supérieure du thorax. Si la rotation ne se fait pas, on peut dire d'une façon presque absolue que

l'accouchement par les seules forces de la nature est impossible, et que l'intervention de l'accoucheur est indispensable(1). » Et pourtant, M. Charpentier, avant de formuler cette opinion a reproduit un tableau de Schrœder sur les mutations de positions; on voit dans ce tableau que deux faces se sont converties en sommet, et il a commenté l'ensemble en posant cette loi générale : « Tous les changements de présentation et de position tendent en général à ramener le fœtus à la position la plus favorable, la première (2). » Ce qui est d'ailleurs inexact pour beaucoup de cas, en particulier, pour les MIGP dont la mutation naturelle est en OIDA.

Voyons enfin l'avis de M. Auvard. Son livre est un ensemble de schémas et de tableaux, aussi est-il très concis : « Quand la rotation du menton a lieu en arrière, et contrairement à ce qui a été observé pour le sommet, avec occiput également dirigé en arrière, le dégagement ne peut avoir lieu. *L'accouchement en mento-sacrée est impossible* (3).

Suit l'infirmation du mécanisme imaginé par Chailly : « La tête en présentation de la face peut être divisée en trois zônes : La première est exclusivement céphalique; la seconde comprend la tête et le cou; la troisième, enfin, se compose de la tête et du thorax, dont les épaules sont une dépendance.

1. Charpentier. *Loc. cit.*, page 421.

2. Charpentier. *Loc. cit.*, page 364.

3. Auvard. *Traité pratique d'accouchements*, 1891. Page 255.

Or les deux premières zônes peuvent sans difficulté pénétrer dans l'excavation, mais la troisième est trop volumineuse chez un enfant à terme pour franchir le détroit supérieur. Il semble toutefois admettre quelques exceptions : « Retenons donc cette impossibilité comme règle au point de vue pratique, tout en sachant théoriquement qu'il existe *quelques exceptions* ». Mais bien vite il s'empresse d'ajouter : « Ces divers cas, s'ils ne sont pas des *présentations du front en mento-postérieures,* doivent être considérés comme des anomalies peu explicables du mécanisme de la face et rayés de la mémoire du praticien (1) ».

1. Auvard. *Loc. cit.*, p. 255.

CHAPITRE III

Avis des accoucheurs sur ce qu'il convient de faire lorsqu'on se trouve en présence d'une présentation de la face engagée en mento-postérieure.

Celse ne parle que vaguement d'une présentation de la face.

Moschion (temps d'Adrien) les appelle « *situs in dentes* » et veut qu'on les transforme en sommet. Il ne dit pas comment il faut s'y prendre.

Eucharius Rœsslin (1513) les cite, mais ne dit pas ce qu'il faut en faire.

Louise Bourgeois, sage-femme de Marie de Médicis, veut qu'on les transforme en siège et engage à recourir à tous les moyens possibles pour hâter l'accouchement.

Mauriceau (1668) essaye toujours leur transformation en sommet. Il est très étonné quand il arrive trop tard et apprend que l'enfant se présentant par la face est sorti tout seul. Il se moque agréablement

des auteurs qui conseillent la version podalique; c'est chose, dit-il, « un peu plus difficile que de retourner une omelette dans la poële ». Rappelons qu'au moment où il écrivit son livre, il n'eut pas à se prononcer sur le levier puisque Ronhuysen n'acheta le levier qu'en 1693. Quant à l'instrument de Chamberlen, il devint l'objet de ses railleries, dès le jour où un confrère muni de celui-ci ne put terminer un accouchement où lui-même avait échoué.

Paul Portal (1685), le premier, dit qu'on peut très bien abandonner à la nature les présentations de la face comme celles du sommet.

Johan von Hoorn (1715) est du même avis que Portal.

De Lamotte (1721) ne comprend pas plus que Mauriceau qu'une face puisse se terminer seule, et il cherche toujours à les convertir en sommet.

Smellie (1751) agit différemment suivant les cas : 1° il reste encore du liquide amniotique, la tête peut être rétropulsée : version podalique; « Smellie, lui-même, dit que l'accoucheur.... doit aller au plus sûr, c'est-à-dire prendre les pieds » (1); 2° il ne reste que peu de liquide, la tête ne peut pas être rétropulsée : amener à l'aide du forceps le menton sous la symphise. « Lorsque le menton se trouve du côté de l'os sacrum.... il faut introduire les forceps et les appliquer sur les oreilles.... amener le menton

1. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, tome I. Paris, 1821, p 81.

au-dessous les os pubis, et délivrer l'enfant comme nous l'avons indiqué ci-dessus » (1) ; 3° le mouvement de rotation est impossible à faire exécuter : convertir la face en sommet. « Lorsqu'on ne peut pas en venir à bout, il faut essayer avec les forceps d'attirer la tête au-dessous des os pubis, et en même temps avec les doigts de l'autre main, pousser le front et la face en arrière et en haut dans la concavité de l'os sacrum » (2).

A Smellie revient donc le mérite d'avoir indiqué clairement le premier la rotation interne artificielle.

Enfin Smellie se servait très facilement des crochets lorsqu'il n'avait pu réussir avec le forceps, témoin l'observation qu'il rapporte à la page 27 du tome III.

Deleurye (1770) revint aux idées de Portal près de cent ans plus tard, et conseilla de laisser les accouchements par la face se terminer seuls.

Nous arrivons maintenant à Baudelocque.

Cet accoucheur conseille de toujours essayer la conversion en sommet; la version podalique, et en cas de non réussite, la mutilation de la tête fœtale ne sont que des pis aller. L'accouchement par la face, pense t-il, ne peut pas se terminer naturellement dans des conditions ordinaires (3) ; aussi, faut-il toujours amener le sommet à la place de la face.

1. 2. Smellie. *Traité de la théorie et pratique des accouchements*, traduit par de Préville. Paris, 1854, page 295.

3. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, tome I, Paris 1821, page 387, § 1344.

Il ne dit pas comment cette transformation est possible dans le bassin, mais il ne doute pas de sa possibilité : « L'indication la plus générale consiste à redresser la tête de l'enfant, c'est-à-dire à faire remonter la face et descendre l'occiput.

Quand on ne peut seconder aussi heureusement les efforts de la nature... on est obligé de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, ou d'extraire la tête avec les instruments lorsqu'elle se trouve profondément engagée et serrée dans le bassin » (1). Remarquons que Baudelocque ne donne pas cette terminaison de l'accouchement par la face comme une dérogation au mécanisme normal, il l'appelle « seconder heureusement les efforts de la nature ». Quant au procédé à employer pour amener le sommet, le voici : « c'est bien moins en repoussant la face, comme la plupart des accoucheurs l'ont conseillé, qu'on peut espérer de changer la position de la tête qu'en agissant sur l'occiput même... Un levier plus courbe et plus large que celui qui est encore en usage parmi nous pourrait alors offrir quelqu'avantage de plus que les doigts » (2). Rappelons que Baudelocque fit effectivement construire un levier fenêtré, beaucoup plus large que celui de Ronhuysen, et que ceux qui ont suivi, dont la courbure céphalique est également plus accentuée. Il insiste d'ailleurs sur ce procédé : « Quand on trouve la tête

1. Baudelocque. *L'art des accouchements*. Paris 1807, page 590.
2. Baudelocque. *L'art des accouchements*. Paris 1807, page 590.

entièrement engagée au moment où on est obligé d'opérer, on essaye d'en corriger la mauvaise position avec la main seule... Lorsqu'on ne peut y parvenir, on fait en sorte d'insinuer le levier derrière la symphise du pubis en montant le long du sommet de la tête jusqu'au-dessus de la fontanelle postérieure.

L'accoucheur.... s'efforcera de faire descendre le derrière de la tête, pendant qu'...il tâchera de repousser le menton vers le haut du sacrum. » Mme Lachapelle, outre qu'elle n'admettait pas ce procédé, reprochait à Baudelocque de se contenter de repousser la face sans attirer le sommet, on voit par ce qui précède que son reproche était sans fondement.

Baudelocque indique enfin un autre procédé destiné toujours à abaisser l'occiput, mais ce n'est pas là sa méthode de choix : « on place les branches du forceps sur les côtés de la tête, comme si elle présentait le vertex... ensuite on met la tête dans une situation transversale et on entraîne la tête dans l'excavation du bassin où, étant moins serrée, l'on peut parvenir à faire remonter le menton et à abaisser l'occiput (1). » En somme, Baudelocque semble admettre la transformation possible en tous points du bassin.

Chevreul revint aux idées de Portal et de Deleurye : il préconisa la non intervention. Plus d'un siè-

1. Baudelocque. *Pratique des accouchements*. Paris, 1807, page 184.

cle s'était écoulé cette fois sans que cette idée ait eu de défenseurs. Mais cette fois elle ne devait plus disparaître de l'accouchement ; combattue par Baudelocque, elle fut énergiquement défendue par Mme Lachapelle. Tous les accoucheurs l'ont maintenant adoptée avec de légères restrictions.

Mme Lachapelle, nous venons de le dire, est une résolue partisante de l'expectative. Mais jusqu'à quel moment faut-il attendre? La célèbre Sage-femme a deux points de repère pour se guider : l'un relatif à la mère, l'autre au fœtus. Il faut intervenir quand la mère est épuisée ou le fœtus en danger de mort ; et pour Mme Lachapelle il y a danger de mort quand les mouvements de succions viennent à faire défaut, ou que la face se cyanose davantage. « J'ai aidé à l'accouchement quand j'ai vu les mouvements (de succion) disparaître et la congestion sanguine augmenter (1) ». Quant à la nature de l'intervention, elle conseille d'abord le redressement manuel : « ramener l'occiput avec les doigts courbés (2) », bien qu'elle ait dit au commencement du volume que le « redressement (n'était possible que) quand la tête était au moins au niveau du détroit supérieur, et que l'utérus contenait encore de l'eau (3). »

De même, après avoir assuré que la version n'était possible que quand la tête n'était pas enga-

1. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements.* Paris 1821, page 315.

2. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 407.

3. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 82.

gée (1) elle dit: « Je crois que je ferais tout pour aller aux pieds, *la tête même fût-elle au bas de l'excavation et eût-elle en partie franchi l'orifice utérin*, je tâcherais de la repousser et de me faire un passage (2). »

Elle rejette le levier, le forceps, et n'admet les crochets aigus que comme dernière ressource: « Je ne dis rien du levier,... ce n'est pas de la force, c'est de l'adresse... qu'il faut ici. Autant en dirai-je du forceps (3) », « il faut pour en venir là (au crochet aigu) que le forceps ou la version ne soient plus proposables (4) ».

Empressons-nous d'ajouter que Mme Lachapelle condamne ici le forceps comme instrument de traction, mais qu'elle s'en sert volontiers dans les cas qui nous occupent comme instrument de rotation. Il est un seul cas où Mme Lachapelle semble pencher pour l'intervention hâtive, c'est celui où l'enfant présente « le front sans tendance à réduction faciale ou synccipitale (5) » et pour lequel elle porte un pronostic beaucoup plus grave.

Velpeau admet, nous l'avons vu, la possibilité de la conversion de la face en sommet ; malgré cela il conseille de ramener avec le forceps le menton sous la symphise.

1. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 86.
2. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 411.
3. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 83.
4. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 84.
5. Mme Lachapelle. *Pratique des accouchements*, page 394.

Matthyssens ne parle pas des mento-postérieurs réductibles, quant aux irréductibles son avis est net, il n'a besoin d'aucun commentaire : « Dans les présentations de la face où le menton se trouve dirigé en arrière, si on ne peut ramener celui-ci en avant, et si ces présentations ne se convertissent pas naturellement en une présentation du sommet, on doit, comme l'ont conseillé quelques auteurs, tâcher de refouler la tête, afin de ramener avec la main le vertex au centre du bassin ; si cette manœuvre ne réussit pas, on peut employer le levier pour parvenir au même but (1). »

Pour Chailly, il ne faut toucher que le moins possible aux mento-postérieures, et en particulier ne pas les convertir de parti pris en sommet (2). Si l'on est obligé d'intervenir, il faut préférer la version au forceps, et ce n'est que si la version est impossible qu'il faut s'adresser à celui-ci pour faire la rotation (3). Comme on le voit Chailly ne cherche pas à faire passer dans la pratique les modes de dégagements aussi superbes qu'impossibles qu'il avait imaginés pour les cas anormaux coïncidant avec les tout petits fœtus.

Voici maintenant le mode d'intervention conseillé par Joulin, pour le cas où la rotation ne se ferait pas : « L'intervention, dans ces cas, doit avoir lieu

1. Matthyssens. *Annales de la Société de Médecine d'Anvers*, 1842. Observation d'accouchement, page 65.

2. Chailly. *Traité pratique de l'art des accouchements.* Paris 1853, page 778.

3. Chailly. id. 780.

au moyen du forceps, qui produit artificiellement le temps qui a manqué. Parfois le mouvement doit être assez étendu et dépasser le quart du cercle assigné comme limite; mais des faits qui appartiennant à P. Dubois et à Blot prouvent que le danger de luxer l'atlas sur l'axis est moins grand qu'on ne le redoutait. C'est donc à ce moyen qu'on doit avoir recours sans tenter cette tâche impossible d'abaisser l'occiput ou de transformer en présentation du sommet la présentation de la face » (1). Si maintenant la rotation est impossible, il faut faire l'embryotomie. « Il peut arriver que la face, immobilisée par un travail trop longtemps prolongé, n'obéisse pas à l'action du forceps, et qu'il faille avoir recours à l'embryotomie pour terminer l'accouchement. »

Enfin parmi les causes qui empêchent le forceps d'agir, Joulin range « ...certaines déformations du bassin portant sur les parties latérales... des tumeurs pelviennes ou abdominales... des positions anormales de la tête du fœtus ou des déformations morbides » (2).

Schrœder distingue le front de la face. Il intervient toujours sur le front, il attend dans les présentations de la face : « En ce qui concerne le traitement, il faut distinguer soigneusement les présentations de la face et celles du front. Dans les premières, lorsque la face est complètement engagée dans le bassin, la seule pratique rationnelle est un traitement

1 Joulin. *Traité complet d'accouchements.* Paris 1866, page 947.

2. Joulin... Id... page 1045.

purement expectant, tant qu'il est justifiable, et c'est au forceps qu'il faut avoir recours lorsqu'une indication d'agir se présente » (1). Si l'intervention ne réussit pas avec le forceps il faut pratiquer l'embryotomie.

Fochier, outre la rotation qu'il conseille comme tous les accoucheurs modernes, dit : « Le levier me paraît devoir être l'instrument de choix pour les mento-postérieures. C'est un instrument difficile et dangereux, qui ne peut être conseillé qu'à des mains exercées (2) ».

Hubert (de Louvain) est du même avis : le levier réduit les mento-postérieures en mento-pubiennes « avec une facilité qui l'a surpris ».

Pour Cazeaux c'est l'état de l'enfant qui commande l'intervention : « On doit tenir un grand compte de la gêne du fœtus, et tel cas qu'on abandonnerait à la nature si l'on n'avait égard qu'à la mère, requiert l'intervention de l'art parce que l'enfant est dans une situation pénible (3) ». Il faut encore intervenir quand la présentation de la face n'est pas franche mais qu'on a affaire à une variété : « Dans les cas rares où cette inclinaison résiste aux contractions

1. C. Schrœder. *Manuel d'accouchements*, traduit par Charpentier sur la 4e édition. Paris, 1875.

2. Fochier. *De la rotation naturelle et artificielle des présentations de la face le menton en arrière. Mémoires et comptes-rendus de la Société des science médicales de Lyon*, tome XVI, 1876, page 96.

3. Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 10e édition, revue et annotée par S. Tarnier, page 337.

internes, le redressement manuel d'abord, puis en cas d'insuccès, l'application du forceps si la tête est déjà engagée et immobile..., nous paraissent devoir être pratiquées (1) ». Cazeaux indique la version dans deux cas : 1° Quand il survient un accident qui nécessite la prompte terminaison de l'accouchement ; 2° Quand on se trouve en présence d'un retrécissement léger. Si maintenant la version est impossible, essayer avec un levier de convertir en sommet ou tout au moins de transformer en antérieure. Si on n'a pas pu réussir avec le levier, opérer la rotation à l'aide du forceps et en cas d'insuccès transformer en sommet à l'aide du forceps. Enfin si conversion et rotation ont été impossibles malgré tout, recourir à la craniotomie.

M. le professeur Tarnier est un résolu partisan de la non-intervention : « Dans les présentations de la face il faut en général s'abstenir de toute intervention pendant la durée du travail et attendre que le mouvement de rotation spontanée ramène le menton en avant » (2). Car pour M. Tarnier le menton viendra presque toujours seul en avant : « Dans les cas très rares où le menton ne reviendra pas spontanément en avant... » (3) dit-il. Il semble de prime-abord que les faits cliniques ne répondent pas à cette affirmation. Ce serait une grave erreur que de le suppo-

1. Cazeaux, *id.*, page 873.

2. Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'art des accouchements.* Paris 1888, page 716.

3. Tarnier et Chantreuil. *Loc. cit.*, page 716.

ser, car si l'on suit fidèlement les indications du maître on ne trouvera pas de mento-postérieures engagées. Que dit-il, en effet? « Nous venons de proscrire les manœuvres des accoucheurs anciens qui, intervenant lorsque le travail était déjà avancé et les membranes rompues, cherchaient, en introduisant la main dans la cavité utérine, à transformer la présentation de la face en présentation du sommet. Il n'en est pas de même des tentatives faites à la fin de la grossesse ou au début du travail, pour effectuer cette transformation au moyen de manœuvres externes. Celles-ci nous paraissent tout à fait indiquées quand il s'agit de mento-postérieures » (1).

On ne saurait trop insister sur la valeur et la supériorité de cette méthode qui ne demande aucune manœuvre interne, supprimant la possibilité d'infection, et qui de plus peut être pratiquée longtemps avant le terme de la grossesse, sans hâte, à tête reposée, et laisse la possibilité de la recommencer plus tard si elle a échoué le jour où on l'a tentée. Disons enfin que M. Tarnier a donné le *Manuel opératoire* de cette manœuvre, avant que Schatz ait imaginé le sien.

Enfin il se peut que l'on soit appelé pour la première fois pendant le travail et que l'on trouve la face engagée. On a vu que M. Tarnier conseille de n'intervenir que si le mouvement de rotation fait défaut. Voici alors la conduite à tenir : ramener le

1. Tarnier et Chantreuil. *Loc. cit.*, page 716.

menton « soit avec le doigt appuyé sur une apophyse malaire, ou dans la bouche, soit avec un levier, soit, ce qui est beaucoup plus commode, avec le forceps. Enfin si on ne réussit pas à faire exécuter à la tête cette rotation, on est obligé d'avoir recours à la craniotomie » (1). Terminons en disant que l'avènement du forceps de Tarnier a diminué de beaucoup le nombre des cas où la rotation était impossible.

Charpentier cite plutôt les opinions diverses qu'il ne donne la sienne. Il se contente de cette brève indication : « Dans les positions mento-postérieures, la rotation artificielle doit toujours être tentée. Malheureusement elle ne réussit pas toujours, et on est alors forcé d'avoir recours à l'embryotomie » (2).

1. Tarnier et Chantreuil. *Loc. cit.*, page 716.
2. Charpentier. *Loc cit.*, page 428.

CHAPITRE IV

Statistique et pronostic (particulièrement au point de vue de l'enfant).

Nous ne dirons que quelques mots de la proportionnalité des présentations de la face : « La plupart des auteurs français s'accordent à dire qu'on la rencontre une fois seulement sur 250 accouchements environ. Sur 15.652 accouchements Mme Lachapelle en trouva 72, soit 1 sur 217. D'après une statistique dressée par Pinard et puisée dans les registres de la Maternité de Paris, il y eut 350 présentations de la face sur 81,711 accouchements, soit 1 sur 247. Cependant, les relevés publiés en Allemagne et reproduits par Genser indiquent une moyenne un peu plus élevée : 1 sur 147, 1 sur 178, 1 sur 182. Le professeur Depaul a relevé, dans les registres de la Clinique, 93 présentations de la face sur 16.233 accouchements, soit 1 sur 175 » (1).

1. Tarnier. *Loc. cit.*, page 450.

Une statistique plus récente faite par MM. Pinard et Lepage à la Clinique Baudelocque et portant sur les années 1890-91-92-93, donne 14 présentations de la face sur 6494 accouchements, soit 1 sur 463. Cette disproportion entre les services de Baudelocque et de la Maternité tient, selon nous, à ce que la « Maternité » est la maison d'accouchements la plus connue et souvent la seule connue du public parisien et provincial; par suite celle où iront le plus de cas de dystocie.

Charpentier (1), sur 232,637 accouchements a trouvé 1175 présentations de la face, c'est-à-dire 1 sur 198.

Nous-même, en feuilletant les registres de la Clinique de la rue d'Assas, avons trouvé pendant les années 1892-93-94-95-96 : 37 présentations de la face sur un total de 7664 accouchements, soit 1 sur 207.

Dans cette statistique, nous n'avons pas compris les monstres tels que : les anencéphales qui ont pu se présenter par la face.

Une statistique beaucoup plus importante, au point de vue pronostic et traitement, est celle qui nous donne le rapport des positions antérieures aux positions postérieures en comprenant dans celles-ci les transverses et les sacrées qui ont presque toujours commencé par être des postérieures.

Mme Lachapelle donne les chiffres suivants :

Sur 100 MID on a 95 postérieures et 5 antérieures.
— MIG — 25 postérieures et 75 antérieures,

1. Charpentier. *Loc. cit.*, page 409.

ou plus simplement 120 postérieures et 80 antérieures (3 postérieures pour 2 antérieures).

Mais faisons remarquer que les transverses ne sont pas comptées, et que Mme Lachapelle avait tendance à en trouver beaucoup.

Dans notre statistique personnelle, nous avons 26 postérieures ou transverses, 9 antérieures et 2 inconnues, dont une, l'observation 1115 de l'année 1895, peut être considérée comme une postérieure étant donnée sa mutation spontanée en sommet; ce qui, en résumé, nous donne 27 postérieures et 9 antérieures (3 postérieures pour 1 antérieure).

Ci-joint le tableau succint des 37 présentations de la face que nous avons relevées :

Signes conventionnels
- V = Enfant sorti vivant de la clinique.
- M = Enfant mort avant sa sortie de la clin.
- A = Augmenté de poids à sa sortie.
- D = Diminué de poids à sa sortie.
- E = Né étonné.
- EE = Né en état de mort apparente.

Année	N° de l'obs.	Présent. et posit.	Renseignements.
1892	2	MIDP	VA (15 heures de travail).
	6	MIGP	M
	228	FIDP	M
	634	MIDP	VA (29 h. de travail).
	737	MIDP	VA (13 h. de travail).
	787	MIDA	M
	1109	MIDT	VA (11 h. de travail).

1893	307	MIDP	M (Basiotripsie après version sans succès).
	730	MIDP	VD
	746	FIGA	M (après acc. provoqué).
	851	FIDP	M (Basiotripsie sur enfant mort après long trav. et forceps infructueux).
1894	20	MIDP	VA
	194	MIDA	VD
	252	MIDP	VA (un mois couveuse).
	257	MIGT	VAEE (version).
	407	MIGA	M
	645	MIGT	VAE (forceps).
	728	?	VD
	1138	MIGP	VA
	1504	MIDP	VA (5 h. 10 de travail).
1895	95	FIGA	VA
	108	MIGP	VD
	174	MIGA	M
	385	MIDP	VD
	705	MIDP	VD
	736	FIGT	M (forceps après 83 heures).
	1031	MIGA	VA
	1115	MID?	M (convertie en sommet, mal observé).
	1431	MIDT	ME
1896	63	FIDT	VA (se convertit déjà amorcée en OIGA).
	296	FIDP	VA (travail 10 heures).
	460	MIDT	VA (forceps).
	486	MIGP	VD
	878	MIDP	VD
	908	MIGA	VAEE
	1250	MIDP	VA (forceps).
	1650	MIGA	VA

Opinion des accoucheurs. – Pour Smellie, l'engagement de la tête en présentation de la face est par lui-même un danger. « Lorsque la face est descendue et qu'elle s'arrête à l'orifice externe, la plus grande partie de la tête est alors descendue dans le bassin,et si on ne délivre pas promptement l'enfant, il est en grand danger de périr à cause de la forte compression du cerveau (1) ».

Mais Smellie était un interventionniste, et quoique notre opinion se rapproche beaucoup de la sienne, nous pensons que son pronostic est un peu trop chargé.

Baudelocque affirme que l'accouchement par la face ne se fera seul que si la tête est petite et le bassin large. C'est aggraver le pronostic de Smellie puisqu'il y a impossibilité à ce que le travail ait une terminaison naturelle pour peu que l'enfant ait un poids et des dimensions normales ou que le bassin soit touché.

Quant à Mme Lachapelle, on a vu, qu'après Portal et Deleurye, elle a conseillé la non-intervention, affirmant que les accouchements par la face se terminaient « au moins aussi facilement (2) » que ceux par le sommet. Malheureusement, elle ajoute : « Dans mon tableau vous trouverez sur nos 72 positions de la face 41 accouchements spontanés, le reste a été terminé par l'art (3) », et un peu plus loin : « Il n'en serait pas de même à beaucoup près de

1. Smellie. *Loc. cit.*, page 294.
2 et 3. Mme Lachapelle. *Loc. cit.*, page 393.

celui dont l'enfant offrirait le front (1). » Est-il juste dès lors de penser que l'enfant ne court aucun risque lorsqu'on intervient dans une proportion de 41,6 pour 100. D'ailleurs Mme Lachapelle le reconnaît : « On ne peut nier, dit-elle, que l'attitude du fœtus quand il présente la face ne soit très dangereuse à une certaine époque du travail *si elle dure* pendant un temps trop long. L'apoplexie, au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions en sont trop souvent le funeste résultat (2). » L'étendue de la tuméfaction constitue aussi, lui semble-t-il, un danger : « Quelquefois, dit-elle, elle s'étend jusqu'au col, elle est alors d'un augure peu favorable (2) ».

Velpeau ne voit aucun inconvénient aux présentations de la face. Il est peut-être juste à ce propos de faire remarquer que jadis, en cas de dystocie, on s'occupait presque exclusivement de la mère, et qu'ainsi les pronostics s'adressent bien plus à elle qu'à l'enfant.

Chailly est plus précis : « Il est absolument faux, dit-il,... que la situation mento-postérieure droite ou gauche soit plus fâcheuse que la position antérieure » (3) ; ce qui nous semble un aphorisme plutôt qu'un résultat de l'observation clinique.

Et cependant, Chailly sait que « la procidence du

1 et 2. Mme Lachapelle. *Loc. cit.*, page 394.

2. Mme Lachapelle. *Loc. cit.*, page 396.

3. Chailly. *Loc. cit.*, page 763.

cordon est une complication fâcheuse qui accompagne aussi souvent cette présentation (1). »

Or, on le sait, la procidence est une cause assez fréquente de la mort du fœtus.

Joulin reconnaît que « le pronostic de l'accouchement par la face sans être précisément mauvais est moins favorable que celui par le sommet. D'abord parce que le travail est plus long... ensuite, il nécessite assez souvent l'intervention » (2). Et de plus, « lorsqu'au contraire il (le menton) regarde en arrière, de nouvelles indications surgissent et l'extraction peut devenir impossible par le forceps (3) »... « Certaines déformations du bassin portant sur les parties latérales... des tumeurs pelviennes ou abdominales... des positions anormales de la tête du fœtus ou des déformations morbides (4) » peuvent occasionner la même impossibilité et par suite la mort du fœtus.

Carl Schrœder nous paraît avoir jugé très sainement lorsqu'il dit :

« La marche de l'accouchement dans les présentations du front est très difficile... *le pronostic*, même dans les présentations de la face qui présentent le mécanisme régulier, est de beaucoup plus défavorable que dans les présentations du sommet : tandis qu'en effet dans ces dernières il meurt environ

1. Chailly. *Loc. cit.*, page 764.
2. Joulin. *Loc. cit.*, page 548.
3. Joulin. *Loc. cit.*, page 1044.
4. Joulin. *Loc. cit.*, page 1045.

5 o/o des enfants, cette proportion dans les présentations de la face s'élève à 13 o/o. Pour la mère aussi les présentations de la face sont plus défavorables par cela seul que, en moyenne, elles durent plus longtemps que les présentations du sommet. Le pronostic deviendra encore bien plus fâcheux lorsque le mécanisme n'est pas normal. Aussi, lorsque le menton reste dirigé en arrière, ce n'est qu'à grand'peine qu'on voit les enfants naître vivants.

Dans les présentations du front, aussi le pronostic est fâcheux pour l'enfant... ; pour la mère le pronostic, à cause du défaut de proportion de la capacité du bassin et de la longue durée de l'accouchement, est plus mauvais que d'habitude » (1).

Cazeaux a remarqué lui aussi que les positions postérieures étaient plus défavorables. « On a avancé dans ces derniers temps, dit-il, que ce mouvement de rotation est tout aussi facile dans les positions mento-postérieures que dans les antérieures. Si je suis parvenu à bien faire comprendre ma pensée sur la cause et le mécanisme de ce mouvement, on comprendra facilement, que, plus le menton est en arrière et surtout en même temps à droite, plus il rencontrera de difficultés dans son accomplissement » (2). Et plus loin :

« Les réflexions que nous avons présentées font pressentir que les mento-postérieures sont plus fâ-

1. Schrœder. *Loc. cit.*, page 170.

2. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 333.

cheuses que les autres » (1). Il nous semble cependant avoir tort lorsqu'il dit que les variétés frontales, malaires et mentonnières « presque jamais ne rendent le travail plus difficile » (2). Il trouve cependant la variété mentonnière plus dangereuse que la frontale : « les présentations du menton sont moins favorables que celles du front, parce que la tête est alors dans l'état de renversement le plus complet, et que, si les épaules s'engageaient en même temps que le diamètre vertical de la tête il y aurait inévitablement enclavement (3) ».

Et lorsque Cazeaux parle spécialement du fœtus il fait des réserves encore plus grandes.

« Relativement au fœtus le travail peut être très fâcheux pour peu qu'il se prolonge.

L'apoplexie, ou au moins la pléthore cérébrale et la disposition aux convulsions en sont trop souvent, dit Mme Lachapelle, le funeste résultat. La compression répétée et prolongée du cou, compression qui a lieu au moment où la tête franchit le col, le détroit supérieur, mais surtout lorsque le devant du cou se trouve placé sous la symphise, explique suffisamment la difficulté du retour du sang veineux et la congestion cérébrale qui en est la conséquence. On doit tenir un grand compte de la gêne du fœtus » (4).

1 et 2. Cazeaux. *Loc. cit.*, 335.
3. Cazeaux. *Loc. cit.*, 336.
4. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 1020.

M. Tarnier est selon nous l'auteur qui a le mieux indiqué les dangers que courait le fœtus et la mère. « C'est surtout, dans les positions mento-postérieures, non réduites, que le pronostic s'aggrave, car des applications réitérées de forceps faites dans le but de ramener le menton en avant sont souvent infructueuses. Il ne reste alors, comme dernières ressources que de faire la craniotomie et la céphalotripsie. En dehors des cas extrêmes que nous venons de signaler plus haut, où l'on est obligé de mutiler le fœtus, celui-ci, même lorsque son expulsion a lieu spontanément, succombe quelquefois pendant le travail. On peut attribuer sa mort à trois causes : 1° à la compression de la tête ; 2° à la compression du cordon ; 3° à la compression des vaisseaux du cou... La compression des vaisseaux du cou a été attribuée elle-même à trois causes : 1° à la tension des muscles de la région cervicale antérieure...; 2° à la rigidité... des bords de l'orifice utérin ; 3° au rapport anormalement prolongé de la région antérieure du cou avec la paroi postérieure de la symphise pubienne, particulièrement à la fin de la période d'expulsion.

La compression des vaisseaux du cou donne lieu plus particulièrement à l'hyperhémie et même à l'hémorrhagie cérébrale (1) ».

Charpentier trouve que « pour l'enfant le pronostic est encore beaucoup plus sérieux. Sans parler

1. Tarnier. *Loc. cit.*, p. 699.

des cas où le forceps étant insuffisant on est obligé de recourir à l'embryotomie, le fœtus succombe souvent pendant le travail (1) ».

Après l'opinion des Maîtres, que nous venons de donner, rappelons qu'Hugenberger a constaté la procidence du cordon et des petites extrémités dans 6,3 pour 100 des présentations de la face alors qu'on ne la rencontre que dans 1, 8 pour 100 dans les présentations du sommet. Ackermann a trouvé à l'autopsie des fœtus qui se sont présentés par la face des ecchymoses de la plèvre et du péricarde.

Birnbaum a remarqué des ecchymoses du thymus. Jungmann, Hecker, Breisky, ont dans le même cas trouvé du gonflement du corps thyroïde. Enfin, si l'on réunit les statistiques de mortalité fœtale faite par les auteurs, on obtient un tableau plus éloquent que toutes discussions :

Playfair,	10 o/o.
Mme Lachapelle,	5 et 10 o/o.
Jacquemier, plus de	5 o/o.
Zeller,	5 o/o.
Schrœder,	13 o/o.
Caillet,	25 o/o.
Massmann,	50 o/o.
Hecker,	50 o/o.
Stadfeld,	50 o/o.

Mais cette mortalité est celle que les accoucheurs ont constatée dans le service même. Que serait-ce si

1. Charpentier. *loc. cit.*, p. 426.

on pouvait suivre l'enfant pendant les premiers mois après la naissance? La position qu'il a *due* prendre dans le canal pelvi-génital, le séjour qu'il y a fait, les interventions difficiles et infructueuses qu'il a souvent eu à y subir, ne lui a-t-elle pas occasionné des lésions incomparables avec la vie, ou du moins qui le rendent moins résistant à l'égard du milieu ambiant.

Que l'on jette les yeux sur notre tableau (page 72). En 1892, sept présentations de la face, trois morts; en 1893, quatre faces, trois morts.

En présence de ce désastre nous avions relevé les noms et dates de naissance de cinquante enfants qui s'étaient présentés par la face, dans différents services, de 1892 à 1897, puis nous étions allé dans les mairies demander aux bureaux de l'état-civil si ces enfants vivaient encore, et dans le cas contraire la date de leur décès. Màlheureusement le casier civil n'existe pas en France et nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

Nous avons alors recherché les mères de ces enfants, et sur sept recherches trois seulement ont abouti : *les trois enfants étaient morts* avant la fin de la première année. Est-ce hasard ? nous ne le croyons pas, mais nous sommes cependant loin d'affirmer que cette proportion de 100 pour 100 est la règle : nous y voyons seulement une indication de faire de nouvelles recherches qui, selon nous, arriveront à prouver qu'il ne faut plus abandonner à elles-mêmes les présentations de la face, qu'il faut

intervenir de bonne heure, en particulier lorsqu'il s'agit de mento-postérieures. Notre tableau nous montre que 52 o/o des enfants qui sont venus en présentation de la face ont augmenté de poids avant leur sortie de la clinique, alors que dans les présentations du sommet cette proportion n'est que de 25 o/o, ce qui tendrait à prouver qu'ils sont plus vigoureux.

Pour terminer, rappelons que souvent on dut faire la mutilation de l'enfant vivant, dans les mento-postérieures.

Tels sont les cas de Smellie (1), où cependant « la tête était petite et n'était pas bien longue » ; — un autre que rapporte le même auteur, — celui de Laroyenne et Fochier (2), dans lequel « l'enfant avait un volume moyen, la mère était d'une taille au-dessus de la moyenne et son bassin ne présentait aucun signe de conformation vicieuse ». — Les deux cas bien connus de Pajot (3), — celui de Dubois, Cazeaux et Letannelet (4), et enfin le cas 307 (année 1893) de notre tableau.

Après cet exposé, personne ne contestera que les accouchements par la face et spécialement ceux des positions mento-postérieures ne soient un des gros points noirs de l'obstétrique. Nous proposons au-

1. Smellie. *Loc. cit.* Tome III, pages 27 et 56.

2. Fochier. *Mémoire de la Société des sc. méd. de Lyon.* Tome XVI, 1876, p. 96.

3. Pajot. *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1865 p. 384.

4. Cazeaux. *Loc. cit.*, page 877.

jourd'hui de supprimer les mento-postérieures engagées, dès qu'on les constate, en les transformant en sommet, et voici d'une part les expériences qui nous ont permis de faire cette proposition, d'autre part le manuel opératoire de la manœuvre que nous proposons.

CHAPITRE V

Recherches expérimentales.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Femme de 30 ans, Nullipare. Morte de carcinose généralisée non diagnostiquée, très peu cachectisée. Bassin normal. J'enlève tous les organes abdominaux, laissant la portion terminale du gros intestin que je fixe au-dessus du détroit supérieur, la vessie vide que je fixe au-dessus des pubis. Je désinsère l'utérus et dilate rapidement le vagin.

PREMIÈRE SÉRIE. — LOGE SCIATIQUE SUPÉRIEURE.

A. *Cylindres en bois.* — Je prends cinq cylindres en bois de 3 centimètres de diamètre et de 11, 12, 13, 14, 15 centimètres de hauteur, arrondis et polis à leurs extrémités.

a) Je place successivement une des extrémités de chaque cylindre dans la *loge sciatique supérieure* et je m'en sers pour déprimer les tissus de cette loge jusqu'à ce que l'autre extrémité du cylindre puisse basculer un peu en avant de l'éminence iliopectinée. Je marque ensuite sur chaque cylindre la hauteur à laquelle arrive le plan supérieur de cette loge au moment de la plus forte dépression.

Cylindre de	11 cm.	—	passe sans difficulté
—	12 cm.	—	— — —
—	13 cm.	—	avec une très légère pression
—	14 cm.	—	avec une légère pression
—	15 cm.	—	ne passe pas.

Je presse avec une force de 16 kilogs sur le cylindre de 15 cm. et dans une direction perpendiculaire au plan de la loge sciatique : le cylindre ne passe cependant pas, et je juge inutile d'augmenter la pression.

b) A l'aide d'un dynamomètre pressant dans la loge sciatique supérieure par l'intermédiaire d'un court cylindre de même diamètre que ceux qui viennent de me servir je reproduis la dépression maximum qu'a faite chaque tige lors de son mouvement de bascule.

Cylindre de	11 cm.	—	pression	0 kilog.
—	12 cm.	—	—	0 kilog.
—	13 cm.	—	—	6 kilogs.
—	14 cm.	—	—	12 kilogs.

B. — *Ovoïde en plâtre.* — Je prends un ovoïde rigide, en plâtre, ayant exactement 13,5 centimètres de grand axe et 9, 5 centimètres de petit axe ; je l'enduis de vaseline, je place la petite extrémité du grand axe dans la *loge sciatique supérieure* et l'autre extrémité sur le bord du détroit supérieur au point diamétralement opposé.

a) Je le pousse avec la main, obliquement, dans le sens de l'axe pelvigénital et de la loge sciatique supérieure : la grosse extrémité franchit le détroit supérieur et bascule sans difficulté.

b) Je marque le point le plus haut de l'ovoïde qui est entré dans les tissus et à l'aide du dynamomètre agissant sur cet ovoïde je reproduis cette dépression.

Pression . . . . . 6 kg.

c) Je place de nouveau l'ovoïde dans la même situation (MIDP) la grosse extrémité à demi engagée et j'essaye avec la main droite introduite dans le vagin de produire le mouvement de bascule en attirant cette grosse extrémité. Si une main fixe mène très légèrement notre ovoïde, la manœuvre est tellement difficile, qu'en pratique elle doit être généralement impossible. Si on cherche, au contraire, à faire remonter la petite extrémité du grand axe, représentant le menton, on se butte à une nouvelle difficulté, car ce menton butte contre le fond de la grande échancrure sciatique et n'obéit plus au mouvement qu'on cherche à lui imprimer.

d) J'introduis alors la branche gauche du forceps de Tarnier derrière la grosse extrémité et : 1° prenant sur le grand axe; 2° tirant dans le sens de l'axe pelvi-génital, je fais basculer l'ovoïde sans difficulté.

C. — *Enfant mort.* — Je prends enfin un prématuré mort 2 heures après sa naissance, il y a 3 jours, et injecté. Bi-pariétal 9, 1. Occipito-mentonnier 12, 5.

(*a*). Je le place en MIDP, le menton dans la loge sciatique supérieure, et je presse sur l'occiput. Il faut si peu de force pour le convertir en OIGA que le dynamomètre ne peut la mesurer.

(*b*). J'essaye de produire le même résultat avec la main droite introduite dans le vagin et cherchant à attirer l'occiput. Je réussis, mais avec difficulté.

(*c*). Je me sers ensuite de la branche gauche du forceps de Tarnier placée sur l'occiput et je réunis sans peine.

Deuxième série. Loge sciatique inférieure. — A. — *Cylindres en bois.* — *a*) Je place, successivement, et absolument comme dans la première série, les cinq cylindres dans la loge sciatique inférieure. Je mesure et voici les résultats :

Cylindre de	11 cm.	passe sans difficulté.
—	12 cm.	avec une très légère pression.
—	13 cm.	avec difficulté.
—	14 cm.	ne passe pas.

Je presse avec une force de 15 kilogrammes sur le cylindre de 14 centimètres. Il ne passe cependant pas et je cesse d'augmenter la pression, abandonnant la tentative.

b). Mesure au dynamomètre de la force nécessaire pour le passage des cylindres.

Cylindre de	11 cm.	0 kg.
—	12 cm.	3 kg.
—	13 cm.	12 kg.

B. — *Ovoïde en plâtre.* — Je me sers alors de l'ovoïde en plâtre dont je place la petite extrémité du grand axe dans la *loge sciatique inférieure.* Malgré une pression de 16 kilogrammes il ne passe pas et je le retire.

C. — *Enfant mort.* — Je prends enfin l'enfant qui m'a servi à la première série d'expérience, je le place en M I D P, le menton se trouvant dans la loge sciatique inférieure.

a) Je presse sur l'occiput : le mouvement de bascule s'opère avec quelque difficulté.

b) J'essaye de produire le même résultat avec la main droite introduite dans le vagin et cherchant à attirer l'occiput. Si un aide fixe même très légèrement la tête, ce mouvement est impossible.

c) Toutefois dans ce cas on peut assez facilement accrocher le menton et repousser la face.

d) Je me sers ensuite de la branche gauche du for-

ceps de Tarnier que je mets en place sur l'occiput. Je n'éprouve aucune difficulté à convertir la MIDP en OIGA, qui, à la fin du mouvement, se trouve sous le pubis, de telle façon que le lambda répond au ligament triangulaire.

Remarque sur la deuxième série. — Le menton est moins fixé que dans la première série : il remonte de 2 ou 3 centimètres dans chaque expérience, et après le mouvement de bascule tend à revenir sur la ligne médiane.

TROISIÈME SÉRIE. — SOUS LE GRAND LIGAMENT SACRO-SCIATIQUE. — A. — *Cylindres en bois.* — *a*) Même expérience avec les cylindres, avec cette seule différence que je place leur extrémité inférieure au-dessous du grand ligament sacro-sciatique.

Cylindre de	11 cm.	passe sans difficulté
—	12 cm.	— —
—	13 cm.	passe avec une légère pression
—	14 cm.	— avec difficulté.
—	15 cm.	— ne passe pas (avec 15 k.

de pression).

b). Mesure au dynamomètre de la force nécessaire au passage des cylindres.

Cylindre de	11 cm.	0 kilog.
—	12 cm.	2 kilog.
—	13 cm.	8 kilog.
—	14 cm.	14 kilog.

B. — *Ovoïde en plâtre.* — Je me sers alors de l'ovoïde en plâtre dont je place la petite extrémité du grand axe au dessous du grand ligament sacro-sciatique.

a) Il passe avec une pression de 12 kilogrammes.

b) Il est impossible d'attirer la grosse extrémité avec la main introduite dans le vagin.

c) Une branche du forceps de Tarnier suffit pour provoquer le mouvement de bascule, en tirant avec une force que j'évalue à 20 kilogrammes, mais il est à remarquer que la courbure des cuillers sur les branches augmente la difficulté.

C. — *Enfant mort.* — Je prends enfin l'enfant qui m'a déjà servi et je le place en M I D P, le menton au-dessous du grand ligament sacro-sciatique.

a) En pressant sur l'occiput, le mouvement de bascule s'opère avec peu de difficulté.

b) La main droite introduite dans le vagin est impuissante à attirer l'occiput. Il est de même impossible de repousser le menton qui est absolument fixé.

c) La branche gauche du forceps de Tarnier attire l'occiput avec des tractions très modérées. A la fin de la conversion en O I G A, l'occiput se dégage dans une position intermédiaire à la mento-pubienne et à la mento-iliaque gauche antérieure.

Remarque sur la 3^e^ série. — Le menton est ici presqu'immobile, il se déplace un peu latéralement mais il n'a aucun mouvement d'ascension ou de des-

cente. Il se trouve *enclavé dans une loge assez large mais de hauteur très faible, limitée en haut par le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique, en bas par le plancher périnéal.*

II° EXPÉRIENCE. — Femme de 24 ans. Secondipare. Morte d'infection puerpérale 9 jours après l'accouchement. Bassin normal. Je prépare le cadavre comme dans la première expérience.

PREMIÈRE SÉRIE. — LOGE SCIATIQUE SUPÉRIEURE. — *A.* — *Cylindres en bois.* — *a*). Dans la loge sciatique supérieure :

Cylindre de	11 cm	passe	sans difficulté
—	12 cm	—	—
—	13 cm	—	avec une très faible pression.
—	14 cm	—	avec une faible pression.
—	15 cm	ne passe pas	(avec 15 kg. de pression).

b). Mesure dynamométrique de la force nécessaire au passage :

Cylindre	de	11 cm.	0 kgr.
—	—	12 cm.	0 kgr.
—	—	13 cm.	5 kgr.
—	—	14 cm.	11 kgr.

B. Ovoïde en plâtre.

a) En prenant avec la main il passe sans difficulté.

b) Force nécessaire pour le faire passer.

Pression 6 kgr.

c) Il est très difficile avec une main introduite dans le vagin d'attirer la grosse extrémité, si l'ovoïde est tant soit peu soumis à une pression de haut en bas.

d) Une branche du forceps de Tarnier attire la grosse extrémité sans difficulté.

e) En se servant d'un levier dont la cuiller est plus courbe que celle du forceps de Tarnier, on fait basculer l'ovoïde avec une facilité extrême.

Force nécessaire — 13 kilogr. environ.

C. — *Enfant mort* 12 jours après sa naissance. — Le matin même. — Poids 3100. — Occipito-mentonnier 13,1. — Bi-pariétal 9,5. — Je le place en MIDP.

a) Une pression moyenne avec la main fait passer l'occiput, et il se trouve bientôt en OIGA profondément engagé.

b). Il est très difficile d'attirer l'occiput avec une main introduite dans le vagin, les doigts glissent, la tête aussi, on ne réussit qu'en faisant le contraire de ce que l'on a fait pour l'ovoïde en plâtre : en faisant fixer la tête par un aide. La manœuvre n'en reste pas moins très difficile.

c). La branche gauche du forceps de Tarnier suffit pour opérer cette conversion.

d). Avec le levier on n'éprouve aucune difficulté.

Force nécessaire — 8 à 10 kilog.

DEUXIÈME SÉRIE. — DANS LA LOGE SCIATIQUE INFÉRIEURE. — A. — *Cylindres en bois.* — *a*). — Ceux qui passent :

Cylindre de	11 cm	passe	sans difficulté
—	12 cm	—	avec une petite pression.
—	13 cm	—	avec une pression moyenne.
—	14 cm	—	ne passe pas (avec 16 kilog.).

b). — Mesure dynamométrique de la force nécessaire au passage.

Cylindre de	11 cm	0 kilog.
—	12 cm	2 —
—	13 cm	9 —

B. — *Ovoïde en plâtre.* — *a*) En pressant avec la main, il passe avec grande difficulté.

b) Force nécessaire pour le faire passer.

Pression : 16 kilogrammes.

c) Il est impossible avec la main introduite dans le vagin d'attirer la grosse extrémité, si peu que l'ovoïde soit maintenue.

d) Une branche du forceps de Tarnier est impuissante à l'attirer.

e) Le levier est lui-même impuissant.

C. — *Enfant mort.* — *a*) En prenant avec la main l'occiput, il franchit avec peine le détroit supérieur.

b) Il est impossible de quelque façon que l'on s'y prenne d'attirer l'occiput avec une main introduite dans le vagin.

c) Une branche du forceps de Tarnier ne peut opérer la conversion.

d) Le levier convertit en sommet avec une difficulté qui m'a semblé égale à celle que l'on éprouve en faisant un forceps dans l'excavation :

Force nécessaire — 30 kilog. environ.

TROISIÈME SÉRIE. — SOUS LE GRAND LIGAMENT SACRO-SCIATIQUE. — A. — *Cylindres en bois.* — *a*) Ceux qui passent :

Cylindre de 11 cm passe sans difficulté.
— 12 cm — sans difficulté.
— 13 cm — avec une pression moyenne.
— 14 cm — avec difficulté.
— 15 cm ne passe pas (avec 15 kilogr. de pression).

b) Mesure dynamométrique de la force nécessaire au passage :

Cylindre de 11 cm.	. . . .	0 kilog.
— 12 cm.	. . . .	0 kilog.
— 13 cm.	. . . .	7 kilog.
— 14 cm.	. . . .	14 kilog.

B. — *Ovoïde en plâtre.* — *a*) En pressant avec la main il passe avec difficulté.

b) Force nécessaire pour le faire passer.

Pression . . . . . 15 kilog.

c) Il est impossible d'attirer avec une main introduite dans le vagin la grosse extrémité.

d) Une branche du forceps de Tarnier réussit avec peine.

e) Le levier réussit difficilement.

C. — *Enfant mort.* — *a*) En pressant avec la main l'occiput franchit avec légère difficulté le détroit supérieur.

b) Il est impossible d'attirer l'occiput avec une main introduite dans le vagin.

c) Une branche du forceps de Tarnier est impuissante.

d) Le levier réussit assez facilement à convertir la tête prise en MIDP en OIGA, A la fin de la conversion :

1° L'occiput se dégage.

2° En même temps le menton tend à revenir sur la ligne médiane, mouvement que facilite sans peine le levier.

Force nécessaire : 20 kilogrammes environ.

Note. — Au cours de ces expériences j'ai essayé d'opérer la conversion de la face en sommet dans les mento-sacrées et dans les mento-transverses ; cela n'a été possible que lorsqu'il s'agissait de diamètres tellement inférieurs aux dimensions normales qu'il n'y a aucun intérêt à donner ces chiffres.

CHAPITRE VI

Manœuvre pour convertir en sommet les présentations de la face amorcées ou engagées en position mento-transverses, mento-postérieures et mento-sacrées.

I. — INDICATIONS. — Toutes les présentations de la face, amorcées, engagées ou profondément engagées et qui sont en position mento-transverse, mento-postérieure ou mento-sacrée.

II. — CONDITIONS NÉCESSAIRES. — 1° Orifice utérin complètement dilaté ou complètement dilatable.

2 Membranes rompues.

3 Diagnostic exact de position et variété de position.

4° Volume de la tête fœtale inférieur à celui du bassin recouvert de ses parties molles.

III. — SOINS PRÉLIMINAIRES. — A. Mère. —

a) Prévenir la mère (?).

b) La mettre dans la position obstétricale.

c) S'assurer de trois aides : un pour chaque jambe, le troisième pour l'anesthésie éventuelle ou pour retenir la parturiente sous les aisselles.

d) *Vider la vessie et le rectum.*

e) Antisepsie des organes génitaux.

B. — Enfant. — *a*) Tenir un forceps prêt à servir

b) De quoi le ranimer (Baignoire, eau chaude, alcool, moutarde, insufflateur, pince à langue, etc.).

C. — Accoucheur. — *a*) S'assurer du parquet (s'il est ciré, on jette de l'eau et on recouvre d'un drap).

b) Fixer les manches au-dessus des coudes.

c) Antisepsie des avant-bras et des mains.

d) Enduire de vaseline la face dorsale de la main qui se trouve du même côté que l'occiput (occiput à gauche, main droite ; occiput à droite, main gauche).

D. Levier. — *a*) L'antiseptiser.

b) Letiédir pour éviter la sensation de froid à la parturiente.

c) Enduire de vaseline la face externe de la cuiller.

IV. — MANUEL OPERATOIRE. — PREMIER TEMPS. — INTRODUCTION DE LA MAIN ET RECHERCHE DE L'OREILLE POSTÉRIEURE. — *Dans l'intervalle des contractions.*

Choix de la main. — Celle qui se trouve du même côté que l'occiput (et dont la face dorsale est déjà enduite de vaseline).

Introduction de la main. — On introduit la main en tronc de cône jusqu'à l'oreille postérieure (ou dans la direction de cette oreille), de façon que sa face dorsale en bas repose entre le coccyx et l'ischion situés du côté de cette oreille postérieure.

Remarques. — Refouler le cordon s'il y a lieu.

S'il y a un membre procident placer un lac et le refouler, ou, si c'est impossible, glisser la main entre la tête et ce membre.

DEUXIÈME TEMPS. — INTRODUCTION ET PLACEMENT DU LEVIER. — *Dans l'intervalle des contractions.*

Prise du levier. — On prend, *comme une plume*, avec la main restée libre, le manche du levier.

Introduction du levier. — On place le bec de la cuiller sur la paume de la main, le manche près du ventre de la femme, puis on pousse doucement cette

cuiller en maintenant sa face convexe et spécialement le bec appliqué contre la paume de la main, en même temps on fait décrire à cette cuiller un mouvement héliçoïdal autour de la tête fœtale, de façon à amener l'axe de la cuiller dans la direction de la suture sagittale sur les frontaux, les pariétaux et l'occiput.

Troisième temps. — Vérification. — 1° On retire la main directrice en s'en servant pour vérifier ,

(*a*) Si la cuiller est bien dans le plan sagittal ;

(*b*) Si l'on a pas saisi et comprimé entre la cuiller et la tête une portion du col-utérin, des membranes, un petit membre, le cordon (l'auscultation en ce cas complète le toucher) ;

2° On laisse l'index et le médius dans le vagin, dans le voisinage du menton.

Quatrième temps. — Conversion. — *Pendant les contractions*. — (*a*) On prend la poignée du levier à pleines mains.

(*b*) Avec le levier d'une part et les deux doigts qui sont dans le vagin, d'autre part, on conduit le menton soit dans la loge sciatique supérieure, soit sous le grand ligament sacro-sciatique en retropulsant le menton (1).

c) On applique fortement le levier sur la tête fœtale en appuyant sur le haut de la poignée avec le

1. La retropulsion du menton diminue le diamètre O M. de 6 à 10 millimètres (expériences personnelles).

bord radial de l'index et *jamais en prenant un point d'appui sous le pubis* (1).

d) On engage la femme à pousser, si elle n'est pas endormie.

e) On tire lentement et d'une façon continue dans la direction de l'axe pelvi-génital, en suivant avec les deux doigts qui sont dans le vagin les progrès de la conversion et en s'assurant que le levier ne dérape pas.

f) Quand on pense que l'occiput est plus bas que le menton, on retire les deux doigts du vagin.

g) En achevant le mouvement de bascule, on ramène tout doucement l'occiput sur la ligne médiane.

h) Si le menton se trouvait sous l'échancrure sciatique, on soutient le périnée — avec la main devenue libre — au moment du dégagement du front et de l'occiput.

i) On retire le levier, *non pas directement*, mais en suivant la courbure céphalique.

1. Voici un procédé qui selon nous peut aider beaucoup à protéger le pubis contre la pression du levier : une fois celui-ci en place, faire attacher une ficelle au point de jonction de la poignée avec la branche ; à l'autre bout de cette ficelle on fera faire une boucle de façon à ce que celle-ci traîne un peu sur le sol.

On passera le pied qui répond à la main ne tenant pas le levier dans cette boucle, et on écarte ou rapproche ce pied de l'autre en l'appuyant sur le sol de façon a ce que, en soutenant l'extrémité libre de la poignée, la tension de la corde applique le levier sur la tête fœtale : on n'aura plus alors qu'à faire les mouvements de traction sans s'occuper de ceux de pression.

j) On achève de suite l'accouchement, ou on l'abandonne à la nature absolument comme si la manœuvre précédente n'avait pas été faite.

Remarque. — Le manuel opératoire s'adresse à la tête orientée en oblique. Si elle se trouvait en transverse ou en sacrée on commencerait par la ramener en oblique, à l'aide de la manœuvre de Tarnier ou du levier.

CONCLUSIONS

1° Les présentations de la face engagée en mento-postérieure peuvent se convertir spontanément en sommet

2° On doit toujours faire cette conversion en transformant préalablement les mento-transverses et les mento-sacrées en mento-postérieures.

3° Le levier est le meilleur instrument pour produire artificiellement cette conversion ;

4° La loge sciatique supérieure et l'espace sous-sciatique sont les joints où l'on doit attirer de préférence le menton pour faciliter cette conversion.

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, Paris. 1890.

BAUDELOCQUE (J.-L.). — L'art des accouchements, Paris. 1807.

BOURGEOIS LOUISE. — Observations. Paris, 1642-1644.

BUDIN (P.). — Recherches cliniques et expérimentales. Paris, 1886.

CAZEAUX (P.). — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, dixième édition revue et annotée par S. Tarnier.

CELSE. — Traité de médecine. Traduit par Henri Ninnin. Paris, 1821.

CHAILLY. — Traité pratique de l'art des accouchements. Paris, 1853.

CHARPENTIER. — Traité de l'art des accouchements. Paris, 1889.

DELEURYE. — Traité des accouchements. Paris, 1777.

FOCHIER. — De la rotation naturelle et artificielle des présentations de la face, le menton en arrière. Mémoires et comptes-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon. Tome XVI.

GUILLEMOT (P.). — Remarques sur l'accouchement par la face. Archives générales de médecine. Paris, 1834, 2e série, tome VI.

HOORN (Johan Von).—Die zwo um ihrer Gottesfurcht... Leipsig, 1737.

HUBERT (E.).

JOULIN. — Traité complet d'accouchements. Paris, 1866.

LACHAPELLE (Mme). — Traité des accouchements. Observations, 1821.

LA MOTTE (de). — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature, expliqués dans un grand nombre d'observations et de réflexions sur l'art des accouchements. Paris, 1722.

MATTHYSSENS. — Annales de la Société de médecine d'Anvers, 1842. Observation d'accouchement.

MAURICEAU. — Maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouché. Paris, 1740. Observations sur la grossesse. Paris 1742.

MEZA. — Acta regiæ societatis med. Hauniensis. Tome II.

MOSCHION. — De mulierum passionibus. Vienne, 1793.

PAJOT. — Dict. encyclop. des sc. méd., 1865. Art. dystocie.

PORTAL (P.). — La pratique des accouchements, soutenue d'un grand nombre d'observations. Paris, 1685.

ROESSLIN (Eucharius). — Der swangern franchwen und Helammen Rosegarten. Paris. 1538. Foucher.

SCHRODER (Carl). — Manuel d'accouchements. Traduit par Charpentier sur la 4e édition. Paris, 1875.

SIEBOLD. — Siebold's Journal, 1828.

SMELLIE. — Traité de la théorie et pratique des accouchements. Traduit par de Préville. Paris, 1754, 1756.

TARNIER (S.) et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements. Paris 1888.

VELPEAU. — Traité complet de l'art des accouchements. Paris, 1835.

TABLE DES MATIÈRES

H. Jouve, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.